LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 4 **LISTOPAD 1933** **Rok VI.**

Z oddziału ocznego Szpitala O.O. Bonifratrów
w Krakowie

O wpływie narządów płciowych kobiecych na organ wzrokowy*)

Prymarjusz Dr. KAZIMIERZ KARELUS
Konsultant D. O. K. P. w Krakowie

Powszechnie jest wiadomem, że poszczególne organy ustroju ludzkiego, pozostają w pewnym korelacyjnym związku pomiędzy sobą, chociaż one z racji swego wybitnego zróżnicowania są dla siebie zbyt odrębne i odległe. Różnemi drogami oddziaływują one wzajemnie na siebie. Wytwory produkowane przez organy równocześnie i zasadniczo nierozdzielnie, wraz z istotnemi właściwemi dla nich substancjami, pośredniczą w tym wzajemnym wpływie, albo drogą bezpośredniej wymiany przez krążenie naczyniowe, albo w sposób bardziej skomplikowany przy pomocy całego systemu gruczołów dokrewnych i związanego z nim układu nerwowego, a zwłaszcza bogato rozbudowanego aparatu odruchowego. Nie da się zaprzeczyć, że dokładne i jakościowe i ilościowe wzajemne oddziaływanie na siebie przyczynia się do harmonijnych czynności organów, dających w sumie ustrojową równowagę, która jest wykładnikiem istotnego zdrowia, w obszernem pojęciu — ideowem.

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Krakowie w Sierpniu r. b.

Od samego początku życia, jeszcze niesamodzielnego, rozpoczyna się ta współpraca trwająca nieprzerwalnie, aż po sam kres istnienia jednostki ludzkiej; jakiekolwiek zaburzenia tej zgodnej współpracy wytrącają z harmonijnej równowagi, bądź to ustrój w całości w jego czynnościach zewnętrznych i wewnętrznych, nieodzownych dla utrzymania prawidłowej wegetacji, (a tem samem stwarzają przeróżne stany chorobowe ustrojowe, nie wyłączając nawet życia psychicznego), bądź też zmieniają czynności poszczególnych tylko narządów a nawet takich, które, z tytułu zbyt wyróżnicowanej czynności, z konieczności w pewnem niezależnem odosobnieniu pozostawać winne.

Jednym z takich narządów jest organ wzrokowy. Czynność jego jest tak ważna i niezbędna dla ustroju, że organizm broni go usilnie przed uleganiem wszelakim wpływom zaburzeń, które ogólnie nazwać możemy endokrinalnemi, a które mogłyby zaszkodzić całości jego funkcyj. Że ta obrona częstokroć może okazać się niedostateczna, wiemy o tem aż nadto dobrze. I ten organ ustrojowo tak niepodległy ulega niestety — aż nazbyt często koniecznościom wzajemnych zależności. Wiemy z patologji zaburzeń endokrinalnych, że pewne gruczoły dokrewne wywierają wybitniejszy wpływ na ten organ (tarczyca, gruczoły przytarczykowe), aniżeli inne, które okazują tylko minimalny i niepozorny wpływ. Przyzwyczailiśmy się do rzędu tych ostatnich zaliczać gruczoły płciowe i poczęści znajduje to usprawiedliwienie jeśli pod uwagę bierzemy płeć męską.

Inaczej natomiast, a nawet djametralnie odmiennie, przedstawia się sprawa korelacji, odnośnie do płci żeńskiej.

Tu wpływ oddziaływania jest wyraźny i rozległy. Najprzeróżniejsze stany nieprawidłowe, o typie zmian zarówno organicznych, jakoteż czynnościowych mogą pojawiać się w organie wzrokowym pod wpływem narządów rodnych kobiecych.

O wpływie tym i zależnych od niego zmianach w narządzie wzrokowym pragnąłbym w odczycie niniejszym obszerniej pomówić, zwłaszcza, że jak mi się zdaje, nie poświęca się dość dostatecznej uwagi w patologji chorób oczu, tymże zagadnieniom.

Zanim zajmiemy się szczegółami tych zmian narządu wzrokowego, w związku z działalnością wewnątrzwydzielniczą gruczołów płciowych u kobiety, zadać sobie należy pytanie, dlaczego tak silnie ten związek zaznacza się u kobiet, a zgoła prawie nie u mężczyzn. Odpowiedzi na to pytanie udzielić nam może krótki wgląd w rozwój płci żeńskiej, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

Momentem wyróżnicowania definitywnego płci żeńskiej w okresie życia płodowego, staje się chwila, w której rozwój fizyczny organów płciowych, biegnący dotąd po jednej wspólnej linji dla obu płci, zostaje niejako zatrzymany. Powód tego do pewnego stopnia zahamowania w rozwoju seksualnym, szukać należy w sprawach biogenetycznych, czynnych już w chwili zespolenia się elementu żeńskiego, a właściwie nawet już przed tem w samych elementach płciowych. Nauka biologji i embrjologji stara się rozjaśnić, ten dotąd ciemny problem powstawania płci — i niewątpliwie dziś już niejedno błysło światło w tych mrocznych tajnikach, wszechwładnie rządzących praw przyrody, a czuwających nad rozrodem wszelkiej istoty żywej. Zatrzymanie w rozwoju dalszym organu płciowego, stanowiące już niejako wyznaczenie płci żeńskiej, dotyczy całokształtu rozrodczej plazmy, prawem wzajemnego oddziaływania na siebie, a tem samem nie pozostaje także bez wpływu na inne rozwijające się organa w nowym ustroju, a przedewszystkiem na centralny system nerwowy, na tworzące się zwoje mózgowe, które w ten sposób stają się drugo, względnie trzeciorzędnemi niejako cechami płciowemi.— Zahamowanie to wpływa na inne kształtowanie się systemu nerwowego centralnego, bynajmniej nie w znaczeniu wstecznem, ale w znaczeniu odrębnem, jak u płci męskiej.

Rozwój ten biegnie już poza życiem embrjonalnem, po linji nadanego kierunku — mocą wyznaczenia płci żeńskiej, drogą dla siebie swoistą, a odmienną od typu męskiego. Różnice te aż nadto są wyraźne, w ukształtowaniu się odmiennych cech fizycznych i psychicznych obojga płci.

Z pierwotnych elementów rozbudowy psychicznej (tropizm, zdolność odczuwania różnic i pierwsze zjawiska assocjacyjne) — inaczej korzysta męski pierwiastek, a inaczej żeński, budując odmienną, w swych integralnych składnikach psyche. Podczas, gdy męska psychika w rozbudowie swej, dochodzi poprzez coraz bardziej skomplikowane skojarzenia, aż do krańcowego stadjum rozwojowego twórczych assocjacyj (abstractio) — to psychika żeńska nie dochodzi do tego stadjum krańcowego, ale zatrzymuje się w obrębie assocjacyj wyobrażeniowych (wyobraźnia) i ją niebywale rozbudowuje. W ślad za tem większa ruchliwość, większy objektywizm, potrzeba poznawania przyczyn, zdolność do pracy twórczej, cechować będzie psychikę męską, a natomiast szersza rozległość czucia, większy subjektywizm i intuicja jest udziałem psychiki kobiecej, na którem to podłożu — wyrasta subtelność uczucia i innych duchowych wartości o charakterze wybiórczym, będących twórcami, a zarazem najlepszymi opieku-

nami macierzyństwa. Jeśli psychika męska dąży bezwzględnie do poznania przyczynowego każdego zjawiska, to psychika żeńska ogranicza się do stwierdzenia faktów, zapoznania się z niemi w sposób drobiazgowy, nie wchodząc w ich przyczynowość, dobudowuje własne poglądy, częstokroć nierzeczywiste, wkraczające w ramy wybujałej fantazji. — Jednem słowem ujawnia wybitną skłonność do wyolbrzymień i wiary w nadprzyrodzone wpływy. — Jeśli psychika męska siłą swego rozmachu, wznosi się ponad rzeczy aż do abstraktu, to psychika żeńska niechętnie odrywa się od poziomu własnych nietwórczych wyobrażeń, a przez to bliżej stoi codzienności życia, niezdolna ze stanu biernego przejść w stałą twórczą aktywność. Bierność ta, właściwa psychice kobiecej, jest wiernem odbiciem w zwierciadle duchowym tejże samej właściwości fizycznej, a wynikającej z morfologicznego układu pierwszorzędnych i drugorzędnych cech płciowych. W tem jest pewna celowość, ze względu na charakter wybiórczy elementu płciowego żeńskiego. Aktywność cechuje duszę męską, passywność żeńską, podobnie, jak element męski w ciągłem dążeniu i biegu naprzód, odnajduje swój cel, tak znów element żeński w oczekiwaniu biernem wybiera i spełnia swoje posłannictwo. Passywność ta elementu żeńskiego, nie jest bynajmniej bezwładną, bowiem drzemią w nim siły twórcze, które ożywają przez pobudzenie wdarciem się plemnika i przechodzą odrazu w stan czynny. W tem zjawisku zapłodnienia widzimy nastawienie na uszkodzenie i łatwość naruszenia tkanki żeńskiej, jako całości. Już przedtem po raz pierwszy objawia się ta cecha przez samouszkodzenie, które występuje, przy pęknięciu pęcherzyka Graafa w jajniku — z następowem krwawieniem i bliznowaceniem, które to uszkodzenie powtarza się już perjodycznie przez cały okres czynnego życia kobiety. Przyrodzona podatność do naruszenia tkanki żeńskiej, nie ogranicza się tylko do spraw jajnikowych i ich tworów, ale występuje również okresowo, pod inną postacią, w macicy, jako miesiączkowanie. Tak samo w akcie defloracji spotykamy się z tem predestynowaniem przez naturę ustroju kobiecego do uszkodzeń.

Najsilniejszym wyrazem tego cyklu fizjologicznych uszkodzeń, jest ciąża, w pojęciu której tkwi przemoc narzucona przez czynniki obce tkance macierzystej. Wreszcie sam poród i połóg, znaczą się jako głębokie, integralne naruszenie tkanek, nierzadko już w sferę patologiczną wkraczające uszkodzenia, a ktore mogą zaważyć niejednokrotnie na zdrowiu, a nawet na życiu kobiety. Słowem na każdym kroku spotykamy się u kobiety z wielką łatwością i podatnością do uszkodzenia tkanek, w zakresie nawet najprawidłowszych funkcyj życia kobiecego.

Ta łatwość do naruszenia zdrowia ustrojowego (vulnerabilitas), dla wykonywania zwykłych i celowych czynności, nie pozostaje bez wpływu na psychikę kobiety, na całość ustrojową i na poszczególne jej organy.

Skłonność ta powoduje konieczność rozbudowy pajęczej sieci skomplikowanych odruchów, między poszczególnemi organami, nawet temi, które zdawałoby się nie powinny podlegać tej sferze wpływów, w psychice zaś wytwarza się nadmiar wrażliwości, wzgl. drażliwości (irritabilitas). Ta cecha, jak z jednej strony darzy kobietę zdolnością głębszego odczuwania, intuicją i subtelnością uczuć, będących źródłem wyższej etyki, tak z drugiej strony, czyni ją mniej odporną na wszelkie trudności życiowe, zarówno fizycznej jak i moralnej natury. Kobieta ulega silniejszym i częstszym nerwowym i psychicznym wstrząsom przy lada spotykającym ją urazie, łatwiej podnieca się i szybko popada w stan zmęczenia i zniechęcenia, drobiazgi w jej umyśle urastają do rozmiarów spraw wielkiej wagi, by znów zlekceważyć konieczności życiowe. Afektacja i impulsywność są nieodłączną cechą jej całokształtu uzewnętrznionych przejawów psychicznych. Vulnerabilitas i irritabilitas są zasadniczo temi samemi skłonnościami, tylko pierwsza w odniesieniu do ustroju fizycznego, druga do układu duchowego.

W tem dostrzegamy pewną analogję z dzieckiem, zarówno w znaczeniu fizycznem, jak i psychicznem, albowiem tak jak kobieta swym wyglądem, proporcjami ciała okazuje podobieństwo w pewnych szczegółach do dziecka, tak też i psychika kobieca posiada dużo wspólnych cech z psychiką dziecka, podobnie jak gdyby w pewnem stadjum rozwojowem psychiki doszło do zahamowania w tym etapie associacyj wyobrażeniowych i do ich wybujałego rozrostu (rozległość kojarzeń, podświadoma zdolność tem samem do intuicyjnego ujmowania rzeczy i zjawisk, a brak skłonności do abstraktu). Jeślibyśmy linję analogji pociągnęli dalej, aż do okresu zapłodnienia, to dostrzeglibyśmy po stronie elementu męskiego silną aktywność, graniczącą niemal z zatratą własnej istoty, a po stronie żeńskiej wyraźną bierność, ale czułą i pobudliwą, w wysokim stopniu zdolną do reagowania na bodziec. Tę zdolność do żywego oddziaływania porównać możemy do nagromadzonej, zamkniętej olbrzymiej energji potencjonalnej, którą dopiero nagle wyzwala bodziec, zamieniając ją w energję kinetyczną, w poczęciu nowego życia.

Ta moc czułego reagowania, właściwa elementowi żeńskiemu, sprawia, że zasadnicza jej bierność, nietylko przemienia się w siłę czynną, ale nawet przewyższa nadmiarem jej element męski. Taką

samą właściwość spotykamy we wszelkich przejawach życia psychicznego i fizycznego dojrzałej kobiety, która w odniesieniu do spraw fizycznych zaznacza się, jako bogato i subtelnie rozwinięta sieć odruchów nerwowych, a w odniesieniu do psychiki, stwierdzamy silnie podkreśloną emocjonalność i wybitne podświadome odczuwanie, nieusprawiedliwioną pozornie, ale prawdziwą intuicję. Naogół śmiało powiedzieć można, że wszystkie sprawy dojrzałej kobiety pozostają pod niezaprzeczonym wpływem tego seksualizmu, o najdostojniejszej postaci — macierzyństwa — który rozlewa się i przenika całą strukturę kobiety i ciąży na całem jej życiu psychicznem, a któremu zarówno wszystkie organy, jak i instykty służyć i podlegać muszą.

Te więc okoliczności, głęboko tkwiące w mechaniźmie spraw fizycznych i psychicznych kobiecych i nierozdzielnie współdziałające, tłumaczą nam i wyjaśniają zjawisko częstotliwości, różnorodności i łatwości występowania zmian w tak odległym organie, jak narząd wzrokowy, w zależności i pod wpływem, pośrednim lub bezpośrednim organów płciowych kobiecych.

Zmiany w narządzie wzrokowym, zależne od wpływów organów płciowych kobiecych, a które wkrótce szczegółowo omówimy — podzielić możemy na dwie kategorje. Do pierwszej grupy zaliczymy wszystkie, nieprawidłowe stany ócz, w których da się stwierdzić organiczne naruszenie części składowych oka, objektywnie stwierdzono. Do drugiej natomiast grupy włączymy wszystkie strony niedomogi i upośledzenia funkcyj, w któych objektywne zmiany są dla nas nieuchwytne Łatwo zrozumieć, że organiczne schorzenia ócz mogą wywołać tylko czynniki patogeniczne, które różnemi drogami są w stanie przedostać się do oka, albo też powstają one przez same zmiany nieprawidłowe w aparacie krążenia. Zaburzenia zaś wzrokowe czynnościowe, uzależnić należy od szkodliwego działania całego układu odruchów nerwowych.

Wszystkie zmiany oczne, stanowiące nasz temat, nietylko pojawiają się na skutek chorobowego, czy nieprawidłowego stanu narządów rozrodczych żeńskich, ale nawet wówczas, gdy wspomniane narządy znajdują się w pełni fizjologicznego zdrowia i prawidłowych swych czynności. Klasycznym przykładem jest prawidłowe miesiączkowanie. Menstruacja stanowi w życiu czynnem kobiety alfę i omegę jej wszelkich spraw kobiecych i jest ich niejako uzewnętrznieniem; miesiączką zaczyna się i kończy się kobieta, w rozumieniu swego posłannictwa. Ta okresowo chorobliwie występująca czynność jest wykładnikiem prawidłowości, dla całokształtu życia kobiecego. Uchylenie tej czynności, noszącej przecież wszelkie znamiona chorobowe jest właściwie

stanem nieprawidłowym, a często chorobowym dla całego ustroju, o ile, nota bene wyższe racje i konieczności nie sprzeciwiają się temu ujęciu sprawy (ciąża, wiek). Wyjątek od tego prawa stanowią niektóre ludy pierwotne, u których miesiączkowanie kobiet jest rzeczą nieznaną, a przynajmniej bardzo rzadką z tej prostej przyczyny, że zanim młoda osoba żeńska wejdzie w okres fizjologicznej dojrzałości, już zachodzi na krótko przed tem w ciążę; w okresie zaś karmienia zachodzi znów w ciążę i tak, aż do okresu przekwitania może nie nadarzyć się sposobność pojawienia się menstruacji. W tem świetle pojmowania możnaby uważać miesiączkowanie u niewiasty za zdobycz poniekąd pewnej już cywilizacji.

Jak wspominaliśmy menstruacja prawidłowa może wywoływać różne objawy chorobowe oczne i niedomagania wzrokowe. Nie powinno nas to dziwić, jeśli przypomnimy sobie, jakie czynniki współdziałają nad powstawaniem miesiączki.

Szczegóły różnych teoryj menstruacji jako zjawiska biologicznego, nie należą do naszego tematu, jednakowoż z licznych, klinicznych obserwacyj samego miesiączkowania, odnosimy wrażenie, że akt ten stanowi do pewnego stopnia w organiźmie kobiecym dążność do samoczynnego uwolnienia się od szkodliwych produktów—nagromadzonych w sokach i tkankach ustroju — przez okresową czynność gruczołów dokrewnych. Jak dowodzą najnowsze badania, przedni płat przysadki mózgowej produkuje dwa hormony płciowe, jeden powodujący dojrzewanie pęcherzyka Graafa, drugi zamieniający dojrzały pęcherzyk w ciałko żółte; w ten sposób stają się one twórcami nowych dwóch hormonów: hormonu rujowego i hormonu luteinowego. Te ostatnie dwa hormony nie tylko wpływają odwrotnie znów w sensie pobudzania lub hamowania na produkcję hormonów przysadkowych, ale są one przedewszystkiem źródłem zmian dokonywujących się w śluzówce macicy dla ułatwienia wszczepienia się jaja płodowego. Aby zmiany te mogły okazać się celowe, muszą się one okresowo pojawiać; czy dzieje się to za sprawą wyższych zarządzeń centralnego systemu nerwowego (nieznanych nam jeszcze ośrodków), czy też współpraca wspomnianych gruczołów dokrewnych wzajemnie pobudzająca się lub hamująca tworzy tę okresowość, trudno jeszcze o tem rozstrzygać. Niewątpliwie organizm kobiecy nasycony temi ciałami hormonalnemi musi także regulować nadmiar substancji dokrewnych w sposób bierny dla podtrzymania tej okresowości, a czyni to przez pozbycie się ich drogą krwawienia ż macicy, przez proces menstruacyjny. W tem zjawisku zaznacza się przedziwna celowość o subtelnie skonstruowanym mechaniźmie dla takich zadań jakiem jest za-

chowanie gatunku. W tak pojętych sprawach menstruacyjnych nie widać zasadniczej różnicy pomiędzy wszelkiemi zwalczającemi się teorjami o miesiączkowaniu, czy opierają się one i wywodzą z działania monotoksyn, czy też odnoszą się one do spraw przestrojeniowych ustroju kobiecego, drogą wydzielniczą gruczołów dokrewnych.

Liczne badania doświadczalne i obserwacje kliniczne, w okresie menstruacyjnym stwierdzają w organiźmie kobiety stan, który podobny jest poniekąd do zatrucia lub inaczej mówiąc do nasycenia produktami pobudzonych okresowo gruczołów wydzielniczych. Potwierdzają to podobieństwo także i obserwacje zaburzeń ocznych, występujących w związku z menstruacją, dla których jako wytłomaczenie tylko możnaby przyjąć jakieś zatrucie organizmu w tym ukresie (Iritis, cyclitis, chorioiditis, neuritis retrobulbaris podobne z objawów jak przy zatruciu alkoholem, nikotyną). Nie jest wykluczonem, że w powstawaniu tego stanu ustrojowego współdziałają także zaburzenia w układzie naczyniowo-ruchowym, w związku z przekrwieniem jajnika i stąd dalej na inne organa wydzielnicze przesyłanych podrażnień, które wzmagają lub hamują ich funkcje. Wiemy bowiem, że tarczyca pozostaje w pewnym antagoniźmie do gruczołów jajnikowych, jak wnosić to można z powszechnie znanego faktu, że w okresie menstruacyjnym obrzmiewa tarczyca, jako wyraz wzmożonej jej czynności, dla pokrycia wzmożonego widocznie zapotrzebowania jej przez ustrój.

Sądząc, że menstruacja jest jednym ze sposobów pozbycia się nadmiaru szkodliwych, zatruwających ustrój produktów wydzielniczych (krew menstruacyjna wykazuje podobno wzmożoną toksyczność) zrozumiemy łatwo genezę powstawania zaburzeń ocznych i fakt ich ustępowania z chwilą odbycia się prawidłowej menstruacji. Sekrecja gruczołów płciowych żeńskich, konieczna i potrzebna dla spraw zasadniczych, może okazać się szkodliwą dla ustroju, gdy cel zasadniczy (ciąża) nie zostanie osiągnięty, a organizm samoczynnie zmuszony jest pozbyć się tego szkodliwego nadmiaru substancyj, aby celowa okresowość zmian w macicy nie doznała przeszkody. Jest to zło konieczne, ale najmniejsze, jakie organizm zdolny jest wybrać dla swej obronnej regulacji.

Zanim gruczoły wydzielnicze żeńskie osiągną stopień dostatecznego rozwoju, aby móc podjąć prawidłowe czynności, poprzedza okres przygotowawczy, zwany okresem pokwitania. Wiemy, że w tym okresie dokonują się zwolna te przemiany i przestrojenia organizmu, które w chwili dojrzenia znajdą swój wyraz w pierwszej menstruacji. Nic dziwnego, że w czasie poczynania się gruczołowych przygotowań

i zespoleń organicznych kobiecych wszystkie organy, a niemniej także i narząd wzrokowy może uledz temu przestrojeniu i stać się podatnym na okolicznościowe zmiany i zaburzenia. W tym więc okresie pubertatis spotykamy największy odsetek zapaleń pryszczykowych spojówek i rogówki. Pojawiają się zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego bez innego organicznego tła chorobowego, krwotoki do ciałka szklanego, wysiękowe zapalenie naczyniówki, a wreszcie zapalenie nerwu wzrokowego, jedno- lub obustronne. W wypadkach tych da się ustalić pozytywnie związek przyczynowy z okresem pokwitania, drogą wykluczenia innych przyczyn organicznych i przez spostrzeganie, że z chwilą wystąpienia menstruacji, proces chorobowy oczny, oporny na dotychczasowe intensywne leczenie ogólne i miejscowe, nagle zatrzymuje się i następuje wybitna poprawa, niemal ad integrum. Na ten okres przypada przeważnie wystąpienie miąższowego zapalenia rogówek przy lues congenita. Nietrudno nam będzie znaleźć wytłumaczenie roli jaką odgrywa okres pokwitania w występowaniu i przebiegu cierpień ocznych. Wszystkie one prawie noszą znamiona autointoksykacyjne, w tym bowiem czasie:

1-o niema jeszcze osiągniętej równowagi między antagonicznie działającemi gruczołami wydzielniczemi, a

2-o organizm nie dojrzał jeszcze, względnie nie nastąpiło jeszcze wprawienie w ruch całego mechanizmu czynności zmierzających do uwolnienia się od trujących produktów (menstruacja).

Substancje produkowane przez jedne gruczoły wydzielnicze silniej, przez drugie słabiej, krążą w krwi i atakują poszczególne tkanki oczne bezpośrednio lub też pośrednio osłabiają je, czyniąc je bardziej podatnemi dla preegzystujących organicznych schorzeń (np. gruźlica, kiła i t. p.).

Najczęściej spotykanym zespołem zmian organicznych i czynnościowych, w okresie pokwitania dziewczęcego jest *chloroza*. Niewątpliwie stan chlorotyczny przedstawia się także jako swoista autointoksykacja ustroju, jak dowodzą tego badania zarówno nad zwiększoną toksycznością krwi dziewcząt, dotkniętych chlorozą, jakoteż poszczególne objawy chorobowe, które tylko w ten sposób możemy wytłumaczyć. Z jednej strony hypofunkcja gruczołów jajnikowych, z drugiej hyperfunkcja tarczycy i innych podobnie jak przy Besedowie (tachycardia, drżenie odnóży, chwiejność nastroju, drażliwość). Ta niedomoga gruczołów jajnikowych w chlorozie, każe w leczeniu ogólnem obok preparatów żelaza, posługiwać się także preparatami jajnikowemi, z bardzo dobrym niejednokrotnie skutkiem.

W narządzie wzrokowym spotykamy się z licznemi, chorobowemi objawami, o charakterze organicznym, jak też o charakterze czynnościowym, wyłącznie na tle chlorozy. Jednym z objawów ocznych, niemal patognomonicznych, jest obrzęk powiek, pojawiający się rano, który w ciągu dnia zmniejsza się lub znika. Powodem tego obrzęku może być zarówno słabe krążenie naczyniowe, jak też i zdolność przesączenia osocza rozwodniczej krwi (hydremia), poprzez zmienione do pewnego stopnia ściany naczyń. Na spojówkach powiek, o wyglądzie bladym, podobnie jak i inne śluzówki, może czasem pojawiać się nieżyt przewlekły, na leczenie bardzo oporny, który, z chwilą ustąpienia chlorozy, znika bezpowrotnie. Charakterystycznym objawem również jest tętnienie arteryjne siatkówki, stwierdzane dość często u chlorotyczek. Objawowi temu przypisują niektórzy prognostyczne znaczenie, ponieważ występuje tylko w przypadkach ciężkiej chlorozy. Właściwość krwi chlorotyczek jak i też skurcz słaby serca, przy zachowanej elastyczności naczyń siatkówki, dostatecznie wyjaśnia ten objaw. *Poważniejszą sprawą oczną u chlorotyczek, na szczęście rzadką, mogą być krwotoki do ciałka szklanego i charakterystyczne zapalenie siatkówki (gwiaździste ułożenie w plamie żółtej, podobnie jak w retinitis albuminurica).* Ten szczegół należy wyraźnie podkreślić. Ze strony nerwu wzrokowego, najczęściej na jednem oku, widzi się niekiedy zmiany w postaci przekrwienia, zapalenia, a nawet obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. Przypadki te schorzenia nerwu wzrokowego rokują się naogół zupełnie dobrze i następuje w nich naogół zupełne wyleczenie. Dowodem, że zmiany te powstają naskutek autointoksykacji produktami gruczołów dokrewnych, może być fakt, że spostrzegano podobne zmiany po intensywnem podawaniu przetworów tarczykowych.

Najczęstszą postacią zmian występujących w chlorozie są zaburzenia czynnościowe, ze strony aparatu ruchowego i percepcyjnego ocznego. Powszechnie są znane niedomogi akomodacji i konwergencji, określane jako astenopia muscularis i niedomogi siatkówki, jako astenopia retinalis, wraz z pojawieniem się ubytków w polu widzenia, przy towarzyszących innych objawach ogólnych, jak bóle głowy, zawroty, nudności, migotanie przed oczyma, zupełnie podobnie, jak przy migrenie ocznej.

Jak widzimy, zmiany te organiczne i czynnościowe posiadają przecież swoisty charakter intoksykacyjny, który w leczeniu ich winien być uwzględniony przez organohormonotherapię. Następnie widzimy, że z chwilą zdobycia się organizmu na wyrównanie funkcyj

międzygruczołowych, czyli z chwilą pojawienia się prawidłowej menstruacji, stan chlorotyczny radykalnie ustępuje.

Pierwsza miesiączka staje się niejako zewnętrznym wyrazem defitywnego uregulowania się już okresowego spraw wewnętrzno-wydzielniczych i oznaczać zawsze będzie czas, w którym organizm żeński przechodzi z jednego stanu w drugi, ze stanu nagromadzenia się w nadmiarze ciał wydzielniczych, a przez to do pewnego stopnia toksycznych dla ustroju, do stanu uwolnienia się od tego szkodliwego nadmiaru. W tym okresie mogą pojawiać się najróżnorodniejsze sprawy chorobowe oczne, które odnieść należy albo do spraw czysto intoksykacyjnych, albo do zaburzeń w układzie naczyniowym, drogą odruchów naczyniowo-ruchowych, albo wreszcie do spraw czysto czynnościowych, przez pośrednictwo odruchów nerwowych, przy ewentualnie istniejących innych czynnikach usposabiających, lub organicznie preegzystujących (moment podmiotowego pogorszenia istniejącego schorzenia organicznego, lub ujawnienie skłonności neuropatycznych).

Za zmiany toksycznego pochodzenia możemy uważać te, które mają charakter zmian zapalnych, komplikujących się czasem i pozostawiających wtedy ślady, w postaci blizn trwałych. Do nich należą występujące czasem zmiany zapalne w obrębie jagodówki, jak zapalenie tęczówki, skłonne do zrostów tylnych, zapalenia ciałka rzęskowego, z mętami do ciałka szklannego, krwotoki w siatkówce i nerwie wzrokowym, mogące nawet trwale upośledzić wzrok, dalej zapalenie rogówki, w postaci recydywujących opryszczek (herpes corneae), które mogą pozostawić po sobie blizenki, mniej lub więcej rozległe, zwłaszcza, jeśliby uległy powikłaniu przez zakażenie od zewnątrz. Te zmiany wymagają zawsze uważnego rozpatrzenia i dokładnego przyczynowego leczenia, aby uchylić dalsze, nieraz nawet poważne następstwa dla wzroku.

Na powiekach i spojówkach spostrzegamy często przelotne obrzęki workowate, blade, lub czasem nawet zaczerwienione. Uporczywe jęczmiona pojawiać się również mogą często synchronicznie z okresem przypadającej menstruacji, dalej podrażnienie spojówek, zapalenia brzegów powiek, oraz objawy wyraźnej niedomogi nerwowo-mięśniowej lub nawet ataki typowej migreny ocznej.

W zależności od zaburzeń w układzie naczyniowym, skutkiem nagłego przejściowego podniesienia się ciśnienia krwi w naczyniach obwodowych, może wystąpić u kobiet po temu predysponowanych budową anatomiczną oka, ostra zapalna jaskra. Spotykane nierzadko krwotoki do przedniej komórki i do ciałka szklanego i nazywane nie-

słusznie krwawieniami zastępczemi, są poprostu następstwem toksycznego uszkodzenia ścian naczyniowej sieci ocznej, przy równoczesnym a nierównomiernym rozdziale i przesuwaniu mas krwi w poszczególnych organach; naczynia bowiem oczne z budowy swej bardzo cienkie i niewytrzymałe ulegają łatwo pęknięciom i rozdarciom w miejscach swego najgłębszego zgrupowania (tęczówka, ciałko rzęskowe). To wyjaśniałoby zjawisko, że niejednokrotnie u kobiet operowanych na zaćmę, nagle pojawić się może krew w przedniej komorze bez żadnego zgoła zewnętrznego powodu.

Już bardziej zawile przedstawia się pokaźny ilościowo zakres zmian czynnościowych, naśladujących częstokroć poważne cierpienia nerwowe, których źródła szukać należy w zaburzeniach przewodnictwa odruchów nerwowych w okresie miesiączkowania. Zaliczamy je ogólnie do zaburzeń histerycznych. Jeśli histerję nie zechcemy uważać za chorobę sui generis systemu nerwowego, to przedstawia się nam ona w każdym razie jako zespół objawów neurotycznych. Definjując pojęcie histerji możemy powiedzieć, że jest to stan wzmożonej pobudliwości systemu nerwowego, ze skłonnością do odruchowych odczynów w sferze ruchowej, czuciowej i wydzielniczej. Kierunek somatyczny tej skłonności jest właściwością przeważnie płci żeńskiej, podczas, gdy tenże stan wzmożonej pobudliwości systemu nerwowego ze skłonnością do odczynów odruchowych w sferze psychicznej, spotykamy przeważnie u płci męskiej, jako hypochondrję. W tej różnicy kierunku reakcyj odruchowych, przy takiej samej wzmożonej pobudliwości systemu nerwowego zaznacza się jeszcze jedna odmienność pomiędzy plazmą żeńską a męską. Wiadomo jest, że w zaburzeniach histerycznych nie stwierdzamy żadnych zmian anatomicznych. Okoliczność ta jednak nie upoważnia nas jeszcze do odrzucenia pojęcia histerji jako schorzenia systemu nerwowego i to niejednokrotnie bardzo ciężkiego. Wolno nam przypuścić, że na dnie istoty tego zespołu objawów kryć się mogą zmiany organiczne w najdrobniejszych elementach nerwowych, nieuchwytne dla naszych spostrzeżeń i niedostępne jeszcze dla naszych sposobów badania. Mogą to być zarówno molekularne zmiany chorobowe, jak również tego samego typu drobinowego zaburzenia intoksykacyjne, nabyte w pewnych okolicznościach w ciągu życia. Między innemi momentami usposabiającemi, do wystąpienia tego zespołu, najczęstszemi i najbardziej zasadniczemi okazują się przeżycia seksualne kobiety. Zachodzi niejako ściślejszy związek między życiem płciowem kobiety, a ujawnieniem się tego histerycznego zespołu, który w odniesieniu do narządu wzrokowego daje nam charakterystyczne objawy poważnych niedomagań.

Największą sposobność spostrzegania tych zaburzeń ocznych mamy w okresie miesiączkowania. W pierwszym rzędzie występują zaburzenia wzrokowe, które mogą nas z początku przerazić, jak nagłe ociemnienia na jednem, lub obu oczach, które może utrzymywać się przez kilka dni, aż nawet do kilku miesięcy. Zaniewidzenia takie występują najczęściej przy sposobności małoznacznych urazów fizycznych, lub psychicznych jako bodźca wyzwalającego. Obok oślepnięć częściej wydarzają się stany niezupełnego zaniewidzenia (amblyopia), a wtedy równocześnie możemy stwierdzić koncentryczne zwężenie pola widzenia, jednak zdolność swobodnego poruszania się danej osoby zostaje najzupełniej zachowaną. Inne zaburzenia wzrokowe dotyczą zmienności odbieranych wrażeń optycznych jak makropsia, mikropsia, xantopsia, hyperstesia retinalna. W tych zaburzeniach dostrzegamy już poniekąd pewien rys intoksykacyjny.

Ze strony aparatu wydzielniczego oka pojawić się mogą silne, napadowe łzawienia, w mięśniach ocznych przykurcze spastyczne, jak skurcz akomodacji i konwergencji, w następstwie tego zez i podwójne widzenie, blepharospasmus napadowy, pseudoptoza jednostronna przez skurcz mięśnia okrężnego powieki, skojarzone spastyczne porażenie oczne (deviation conjugée). Reakcja źrenic przy tych zaburzeniach ocznych pozostaje przeważnie prawidłowa, jednak i tu może wystąpić czasem rozszerzenie lub zwężenie źrenicy. W obrębie nerwu trójdzielnego pojawić się mogą napadowe lub trwałe bóle, zniesienie całkowite lub częściowe czucia rogówkowego, na powiekach silne zaczerwienienie i obrzęki naśladujące częstokroć stany zapalne. W istniejących schorzeniach oka, lub przy usposobieniach do nich, może wystąpić zaostrzenie się procesu chorobowego. I tu odróżnić trzeba moment przedmiotowego pogorszenia się, od podmiotowego zwiększenia dolegliwości. Niewątpliwie w pierwszym wypadku nasilenia się przedmiotowego stanu chorobowego, możemy przyjąć do pewnego stopnia działający wpływ toksyczny, w drugim natomiast wypadku, zwiększenie się tylko dolegliwości podmiotowych, odnieść należy do spraw czynnościowych, jako podrażnienie, spowodowane drogą odruchów nerwowych, w miejscu słabego oporu. W leczeniu tych zaburzeń znajdziemy wdzięczne pole, jeżeli zwrócimy uwagę na ich moment powstawania a w nim uwzględnimy rolę narządów płciowych kobiecych. Obok psychoterapji, osobistego wpływu i wykazania przyczyn, staramy się uregulować przedewszystkiem czynności kobiece w związku z całym organizmem, tak jak nam to nakazuje nauka w chorobach wewnętrznych i kobiecych, a wtedy liczyć możemy na pewny skutek leczniczy i zapobiegawczy.

Jeśli prawidłowa menstruacja może być przyczyną tylu schorzeń i niedomagań ocznych, to tembardziej wzmaga się ich ilość w wypadkach nagłego zatrzymania się, braku, lub niedostatecznej, czy też nieregularnej menstruacji. Powody nagłego zatrzymania się miesiączki (supressio mensium) mogą być różnorakie. Organiczne powody, które tłumaczą same przez się zarówno wstrzymanie miesiączki, jak i jego skutki, odnośnie do narządu wzrokowego, narazie pominiemy, a zajmiemy się tylko temi wypadkami, w których uraz zarówno psychiczny jak i fizyczny, dostatecznie silny, wystarcza, aby ten cykl wydzielniczy żeński, samorzutnie się regulujący, został zahamowany. Towarzyszące ogólne objawy zatrzymania się menstruacji (bóle w krzyżach, bóle głowy, nudności, wymioty, ogólne osłabienie), wskazują na charakter poniekąd toxemji, nagle występującej w organiźmie. Temu nagłemu zatrzymaniu się miesiączki odpowiada ściśle ostry charakter zaburzeń i zmian ocznych. Ten szczegół należy podkreślić, albowiem w przeciwieństwie do ostrych zaburzeń ocznych w związku z supressio mensium, w wypadkach amenorrhea, oligomenorrhea lub dysmenorrhea, zmiany oczne posiadają charakter raczej już przewlekły. Nietylko sam moment intoksykacyjny można uważać za przyczynowy, ale także może współdziałać przekrwienie drogą skurczu i porażeń naczyniowych wyzwolone z przekrwionych jajników i narządów miednicy małej. W związku z supressio mensium spotykamy przypadki nagłego zaniewidzenia, korowego pochodzenia, zapalenia nerwu wzrokowego pozagałkowe, z dużym centralnym ubytkiem w polu widzenia, które doprowadzić może nierzadko do częściowego zaniku nerwu wzrokowego: w siatkówce pojawić się mogą krwotoki i ogniska zapalne; w naczyniówce również powstać mogą ogniska zapalne rozsiane, męty w ciele szklistem, krwotoki do ciałka szklanego, krwawe wysięki w przedniej komórce łącznie z ostrem zapaleniem tęczówki. Na spojówkach gałki silne przekrwienie i podrażnienia, które mogą wikłać się z naciekami i owrzodzeniami rogówki.

Przy amenorrhei może wystąpić obrzęk tarczy nerwu wzrokowego nie będący jej następstwem, ale zmianą towarzyszącą, jako równorzędny objaw wspólnej przyczyny, a mianowicie spraw wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego (guzy w mózgu i móżdżku, hydrocephalus internus). Amenorrhea zasadniczo nie jest żadną jednostką chorobową, stanowi tylko objaw nieprawidłowy, częstokroć chorobowy, wynikający ze schorzenia całego organizmu (tbc. pulmonum, diabetes, infekcje, ostre anemje, choroby serca) lub ze schorzenia organów rodnych. Jednak w pewnych okresach amenorrhea przedstawia stan prawidłowy, a to w czasie ciąży, laktacji i po prze-

kwitaniu. Wystąpienia amenarrhei spowodować mogą także czynniki psychonerwowe, zwłaszcza u kobiet o konstytucjonalnie wzmożonej pobudliwości nerwowej. W tych wypadkach amenorrhei pojawia się szereg objawów chorobowych i zaburzeń ocznych. W pierwszym rzędzie spostrzegamy wybroczyny krwi podspojówkowe, podskórne powiek, które nieraz są tak obfite, że z pękniętych naczyń i miejsca nagromadzonej krwi, przesącza się krew i mieszając się ze łzami daje niesamowity obraz kwaśnych łez. Krwawienia również mogą wystąpić do wnętrza gałki ocznej, do otoczek i do pochewki nerwu wzrokowego, a wtedy przychodzi do zastoiny w nerwie wzrokowym, z zejściem częstokroć, w zanik nerwu wzrokowego. Wydarza się to tylko jednostronnie. Poprzednio zwróciliśmy już uwagę na ostrożność przy rozpoznawaniu w wypadkach pojawienia się równoczesnego amenorrhei i obrzęku lub zapalenia nerwu wzrokowego. Mogą one bowiem być równorzędnemi objawami ciężkiego schorzenia mózgowego.

Nietylko w przypadkach, w których czynniki psychonerwowe powodują amenorrheę pojawiają się objawy chorobowe oczne; mogą również wystąpić, gdy przyczyna amenorrhei tkwi w samych organach rodnych, o czem poniżej będzie mowa.

Zupełnie podobne objawy i schorzenia oczne spotykamy w związku z dysmenorrheą i oligomenorrheą. Oligo- i dysmenorrhea również jest tylko objawem organicznego schorzenia całego ustroju lub nieprawidłowego, względnie chorobowego stanu organów rodnych, albo też może okazać się objawem histerji. Niektóre schorzenia ustrojowe, w których jednym z objawów jest oligo-dysmenorrhea, same przez się już mogą powodować różne schorzenia oczne, a mianowicie skrofuloza u młodych dziewcząt, usposabiająca do oligo-dysmenorrhei, charakteryzuje się przewlekłemi chorobami ocznemi, jak zapaleniem wrzodziejącem brzegów powiek, zapaleniem pryszczykowem rogówki i spojówek, które się zaostrzają w okresie przypadającej menstruacji; dalej w stanach różnego pochodzenia anemji występuje oligo-dysmenorrhea a w związku z nią obserwujemy różne cierpienia oczne, częste zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego z mętami do ciałka szklistego, recydywujące krwotoki siatkówkowe, zapalenia nerwu wzrokowego, naczyniówki i twardówki, zwłaszcza w oczach krótkowzrocznych, które w tymże czasie wykazują czynnościowo wybitną hemeralopję. W stanach kahektycznych oligo-dysmenorrhea, z reguły występująca, może przyczyniać się do powstawania zaćmy przedwczesnej. Leczenie zasadniczego schorzenia organizmu wywiera wtedy tylko korzystny wpływ na cierpienia oczne, gdy uda się nam usunąć oligodysmenorrheę. Podobne stany chorobowe oczne spostrzegamy w przy-

padkach dysmenorrhei, na skutek nieprawidłowości, lub schorzeń samych organów rodnych kobiecych (zwężenie ujścia macicy, ante-retro-flexio uteri, ante-retro-versio uteri, endometritis i t. p.), które z usunięciem schorzenia lub przywróceniem prawidłowego położenia całkowicie ustępują. Te spostrzeżenia przy oligo-dysmenorrhei zarówno z ogólnych powodów, jak i lokalnych organów rodnych, odnośnie do narządu wzrokowego, nasuwają myśl, że bezpośrednią przyczyną tych zmian ocznych jest oligo-dysmenorrhea, w pojęciu tych uwag i rozważań, jakie omówiliśmy przy menstruacji, a mianowicie, że wielką rolę w powstawaniu tych cierpień ocznych gra czynnik toksyczny, szkodliwy dla ustroju, a tem samem dla tkanek ocznych. Czy czynnik ten działa przez krążenie, czy za pośrednictwem innych gruczołów dokrewnych, drogą pobudzania, lub hamowania ich czynności, trudno dziś rozstrzygnąć. To samo wnosić można z wyników leczniczych tych schorzeń i zaburzeń ocznych. Na poparcie tego zapatrywania można przytoczyć jeszcze jeden dowód: jak zaznaczyliśmy u kobiet o silnym, histerycznym podkładzie występuje również oligo-dysmenorrhea bez powodów organicznych i anatomicznych; w takich również wypadkach występują schorzenia oczne, co prawda o mniej zaznaczonym charakterze organicznym, ale niemniej posiadające cechy toksycznego pochodzenia, jak skórcze i porażenia akomodacji, migreny oczne, xantopsje, obrzęki powiek, przejściowe opadnięcie powiek, zwężenie pola widzenia, niekompletne porażenie nerwu okoruchowego lub obwodzącego, niedomogi nerwowe itd. W takich wypadkach wtedy tylko osiągamy skutek leczniczy, o ile uda się nam wpierw usunąć dysmenorrheę.

Stanem, który wynika z konieczności praw przyrody i z tej racji jest fizjologiczny, a łączący w sobie objawy oligo-dysmenorrhei z amenorrheą, jest wiek przejściowy — climax. Patrząc okiem niekoniecznie przyrodnika na ten okres przejściowy, moglibyśmy użyć obrazowego porównania, gdy po gościnnych występach przedsiębiorstwa zabawowego gospodarz — przyroda — zwija i uprząta teren przebrzmiałych zabaw i odbytych igrzysk, tak samo w tym okresie inwolucji wszelakich spraw czynnych kobiecych zaznacza się pewien celowy nieporządek, by zrobić miejsce dla następującego wieku starczego. I psyche kobieca w tym czasie przypomina zmianę pór roku: przejście z okresu lata w okres jesieni. Jeśli w okresie wiosennym — pubertatis — każda boleść i łza zmienia się rychło w uśmiech radości i szczęścia, tak w okresie przekwitania każda radość kończy się smutkiem rozpamiętywania minionych przeżyć i niepowrotnych wspomnień, a rozpoczyna się zwykły długi i szary czas, rozliczania

dokonanych twórczych sukcesów, lub ich braków i pomyłek w rozegranej dopieroco kampanji życiowej. W tym czasie wieku przejściowego zaznaczają się pierwsze wpływy zużycia tkanek organicznych i niedokładność w czynnościach, oraz nieprawidłowość we wzajemnem ustosunkowaniu się do wymagań zarówno życia, jakoteż do kierującej świadomej woli. Ze strony narządów rodnych występują objawy oligo-dysmenorrhei lub amenorrhei, a w ślad za niemi pojawiać się mogą poważne zaburzenia organiczne i czynnościowe w odległych organach, a więc i w narządzie wzrokowym, tembardziej, że na widowni ukazuje się nowy czynnik chorobowy, mianowicie rozpoczynająca się skleroza naczyniowa, która nie wchodziła dotychczas w grę we wszystkich zmianach i cierpieniach ocznych. Przedewszystkiem liczyć się należy z możliwością wystąpienia jaskry. W oczach predysponowanych budową anatomiczną, pod wpływem wahań regjonalnych w ciśnieniu krwi i pod wpływem występujących zmian w jagodówce (wędrówka barwika), a następnie pod wpływem zmian naczyniowych, może wystąpić stan stałego podniesienia się ciśnienia wśródocznego, jako przewlekła jaskra, ta zaś z kolei rzeczy może przeistoczyć się zawsze w ostrą zapalną jaskrę; o tej możliwości nie wolno nam nigdy zapominać w okresie climax, badając oczy z niewyraźnemi podmiotowemi dolegliwościami. Niedomoga w wydzielaniu i wzajemnem działaniu na siebie gruczołów dokrewnych w okresie climax, powoduje chwiejność całego systemu wegetatywnego i stąd płyną bodźce drażniące centrum vasomotoryczne. Znamionuje się to ciągłem przesuwaniem masy krwi ku obwodowi. Jest w tem przecież pewna celowość, albowiem w okresie climax głównie tylko dolne części organizmu zostają należycie ukrwione, z pokrzywdzeniem górnych (stąd brak pamięci, zmęczenie nerwowe i osłabienie nasilenia procesów psychicznych). Te ciągłe przesuwania i przemieszczania krwi do górnych partji organizmu zmierzają do podniesienia odżywiania się systemu centralnego nerwowego, a że dzieje się to nagle przy wahaniach regjonalnych ciśnienia krwi, stąd możliwość wystąpienia jaskry. Inne schorzenia oczne, występujące w okresie przekwitania, są zupełnie podobne do zmian omówionych przy amenorrhei i dysmenorrhei. Nic dziwnego, albowiem w powstaniu chorób ocznych w związku przyczynowym ze sprawami kobiecemi, do pewnego stopnia, decyduje czynnik intoksykacyjny, a więc możemy się spotkać w tym okresie z uporczywemi zapaleniami przewlekłemi spojówek i brzegów powiek, w tym czasie pojawić się może również acne rosacea faciei, która wikła się przez wystąpienie zapalenia rogówki, w postaci licznych zlewających się nacieków i owrzodzeń, prowadzących niejedno-

krotnie do dużych, bliznowatych zmian na rogówce (keratitis rosacea). Znamienne również są zapalenia twardówki, tak często recydywujące, dalej już rzadziej zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego, krwotoki do ciałka szklistego, zapalenie nerwu wzrokowego, dotyczące zawsze tylko jednego oka. W całym szeregu przypadków obserwowaliśmy charakterystyczne zmiany rogówki w związku z climax a mianowicie: okołośrodkowo, bardziej ku obwodowi, zazwyczaj na obu oczach, pojawiają się drobne nacieki o kształcie zaokrąglonym, wyraźnie wyniosłe ponad powierzchnię rogówki, nie mające zgoła cech zapalnych, ani też nie zdradzające tendencji do rozpadu i ubytków. Nacieki te goją się bardzo szybko bez użycia środków lokalnych, pod wpływem podawanych preparatów owarjalnych i pozostawiają po sobie również wyraźne, wyniosłe blizny, w postaci plamek wypuklonych, jakgdyby w tem miejscu rogówka uległa zgrubieniu. W szeregu zaś zaburzeń wzrokowych w okresie przekwitania spotykamy pewne zaburzenia, które posiadają wyłącznie charakter toksyczny, względnie neurasteniczny. Do pierwszej grupy zaliczymy występujące napadowo migreny oczne z mroczkami, neuralgje oczodołowe, połączone z silnemi łzawieniami, do drugiej zaś zaliczymy wszystkie niedomogi czynnościowe, jak asthenopia neuro-optica, presbyopia praecox; ta ostatnia jest bardzo przykrą, albowiem zmusza niemal co miesiąc do powiększania dioptrji szkieł.

Mówiliśmy dotychczas o cierpieniach ocznych, jakie mogą wystąpić w związku przyczynowym z prawidłowemi, lub nieprawidłowemi czynnościami miesiączkowania od okresu jej pojawienia się — pubertas, aż do czasu jej ustania — climax. Na zakończenie tego rozdziału wypada nam wspomnieć jeszcze o dwóch stanach chorobowych, które pod pewnemi względami, chociażby odnośnie do zmian ocznych, stanowią pewne podobieństwo do zaburzeń miesiączkowania. Stany te o wyraźnej dysfunkcji, a właściwie ustaniu czynności jajnikowych, to choroba Dercuma i kastracja jajników. Schorzenia oczne w związku z chorobą Dercuma są bardzo rzadkie, ale te, któreśmy spostrzegali, są bardzo ciężkie i prawie nieuleczalne. Dotyczą przeważnie tylko systemu naczyniowego jagodówki i elementów nerwowych samej siatkówki, w postaci recydywujących zapaleń tęczówki, ze skłonnością do rozległych tylnych zrostów, które doprowadzić mogą nawet do bliznowatego zamknięcia źrenicy. Na dnie ócz dostrzega się duże ogniskowe zmiany zapalne, łatwo bliznowyciejące, lub ulegające zwyrodnieniu i zanikowi. W ciałku szklistem pojawiają się duże, płatowate męty. Schorzenie to przebiega zawsze na obu oczach. W zmianach tych ocznych zaznacza się wybitny wpływ toxyczny na

naczynia oczne, które ulegają zwyrodnieniu, niszcząc zależną od nich strukturę tkanki nerwowej ocznej. Pozatem w chorobie Dercuma spotykamy się z hemianopsią typową dla schorzeń przysadki, albowiem, jak wykazują badania anatomiczne choroba Dercuma jest złożonym zespołem schorzeń gruczołów dokrewnych (tarczycy, przysadki, jajników) i może wystąpić w niej przerost znacznego stopnia przysadki mózgowej.

Podczas gdy w chorobie Dercuma może wystąpić ciężkie organiczne schorzenie oczne, to w przypadkach kastracji spostrzegaliśmy schorzenia organiczne oczne w postaci zapaleń spojówek, recydywujących zapaleń twardówki i zapaleń nerwu wzrokowego zawsze jednostronnie; posiadają one zawsze dobrotliwy charakter, przeważają jednak naogół po kastracji zaburzenia wzrokowe o typie histerycznym. Jak już wspominaliśmy schorzenia samoistne organów rodnych stać się mogą także przyczyną cierpień narządu wzrokowego i to albo pośrednio przez zaburzenia w miesiączkowaniu, drogą autointoksykacji, lub przez odległe działanie wzmożonych, nieprawidłowych odruchów nerwowych, a następnie przez pobudzone lub ujawnione neurozy (histerje, neurastenje), albo też bezpośrednio: przez przerzuty do tkanek ocznych ognisk zapalnych i ich jadów, mających źródło w organach rodnych, lub przez krwawienia obfite ze schorzałych narządów rodnych. Zmiany oczne w związku ze schorzeniami organów rodnych, wywołane pośrednią drogą przez zaburzenia menstruacji, jak również powstałe drogą neuroz, omówiliśmy poprzednio. Pozostają nam tylko jeszcze do omówienia zmiany, powstałe drogą odległych odruchów, ze strony narządów rodnych, jakoteż powstałe przez bezpośredni wpływ tych organów na narząd wzrokowy. Działanie długotrwałych bodźców, płynących ze schorzałych organów rodnych, poprzez ośrodki motoryczne, vasomotoryczne, lub czuciowe, może się ujawnić w bardzo odległym organie wzrokowym, powodując przeróżne objawy oczne, przeważnie o charakterze zaburzeń nerwowych. Nie należy ich bynajmniej utożsamiać ani z histerycznemi lub neurastenicznemi, ani toksycznemi, albowiem najpierw nie stwierdza się żadnych innych cech neuropatycznych u tychże kobiet, powtóre żadnego wpływu leczniczego nie wywiera psychoterapja na ich przebieg, a wreszcie radykalne usunięcie schorzenia organu rodnego, lub chociażby paljatywne postępowanie, usuwa na stałe, lub chwilowo zaburzenia wzrokowe. Zaburzenia te wzrokowe, nazwane reflektorycznemi są naogół dość typowe i występują pod postacią niedomogi akomodacyjnej, neuralgji nerwu trójdzielnego gałązki górnej, skurczu spastycznego powiek, uporczywego łzawienia, obrzęków przejściowych

bladych powiek, z podrażnieniem spojówek powiekowych. Każda część składowa organów płciowych kobiecych, może być źródłem zarówno reflektorycznych, jak i organicznych zmian w narządzie wzrokowym.

W zakresie zewnętrznych narządów rodnych kobiecych, wszelkie stałe drażnienie ich, uporczywy świąd, masturbacja, może wywołać tylko reflektoryczne objawy oczne, spotykamy więc kloniczne skurcze powiek, zazwyczaj jednostronne, niemożność wpatrywania się, łatwość nużenia się przy patrzeniu, mouches volantes, światłowstręt, niedomogę akomodacji, słowem wszelkie zaburzenia czynnościowe wzrokowe, które tak łatwo ulegają zabarwieniu histerycznemu, u osób predysponowanych do tego rodzaju neuroz. Przy schorzeniach pochwy pojawiają się te same zaburzenia, ale o nasileniu wzmożonem, bolesnych dolegliwości podmiotowych. Tak samo schorzenia macicy i nieprawidłowe jej położenie powodują reflektoryczne zaburzenia oczne. Zrozumiemy to łatwo, jeżeli uprzytomnimy sobie bogactwo sieci nerwowej i naczyniowej w tym organie. Wszelkie erozje, owrzodzenia szyjki, zapalenia powierzchniowe macicy, zapalenia tkanki okołomacicznej, powodują największą ilość zaburzeń reflektorycznych wzrokowych, które z chwilą usunięcia zmian chorobowych w macicy ustępują zupełnie. I one naogół nie posiadają typowych dla siebie cech.

Schorzenia jajnika i przydatków również mogą identyczne powodować zaburzenia wzrokowe o typie reflektorycznym, pomijając te objawy chorobowe oczne, które pośrednio powstają na drodze zaburzeń równowagi hormonalnej, przez zahamowanie, albo dysfunkcję jajnika, jako gruczołu dokrewnego, omówione już poprzednio.

Inaczej i poważniej przedstawia się sprawa zmian chorobowych ocznych, powstałych drogą przerzutów: zapalenia błon macicznych wewnętrznych, w których stwierdzamy obecność przeważnie gronkowca, mogą drogą naczyniową wywołać ostre, ropne zapalenie tęczówki i jagodówki, zwłaszcza bezpośrednio po dokonanych operacjach na organach rodnych. Tak samo przy schorzeniach ropnych jajników i jajowodów, mogą ujawniać się ciężkie zapalenia jagodówki. Schorzenia te naogół dadzą się opanować, z wyjątkiem tych przypadków, w których z samego początku występują objawy zakażenia całej gałki ocznej, wraz z tkanką oczodołową (panophtalmitis). Podobnie przerzuty do tkanek ocznych mogą wystąpić w przypadku sepsis puerperalis. Zmiany oczne występują wówczas przeważnie pod postacią retinitis septica, lub pod postacią ophtalmia metastatica. Retinitis septica przedstawia ciężką postać schorzenia ocznego, która naogół

źle rokuje o życiu chorej, albowiem jest wynikiem silnego uszkodzenia toxycznego elementów nerwowych siatkówki, co świadczy o daleko posuniętej toxemji całego organizmu. Wypadki wyleczenia się ocznego zawdzięczają tej okoliczności, że nie nastąpiło rozsianie kolonij bakteryjnych do naczyń siatkówkowych. Coprawda w przypadkach niektórych stwierdzono obecność kolonij bakteryjnych w siatkówce, ale były to przypadki zakończone śmiercią, w których niewątpliwie nie doszło jeszcze do opthalmii metastatycznej. Toxyczne uszkodzenie siatkówki tłumaczy zmiany kliniczne retinitis septica. Pojawia się wolno, na dnie oka dostrzega się w pobliżu naczyń siatkówkowych, drobne wylewy krwi na siatkówce, lub w głębszych jej warstwach. W pobliżu plamki żółtej i w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego ukazują się ogniska białawe, nieregularnie ułożone, jako wyraz zwyrodnienia elementu siatkówkowego (plamki Rotha). Na dalszej przestrzeni siatkówka może ulec odklejeniu. Jeśli proces chorobowy nie ograniczy się w swoim przebiegu do samej siatkówki i zaczną się pojawiać męty w ciele szklistem, wtedy ta progresja choroby świadczy o wdarciu się bakteryj w obręb siatkówki i rozpoczyna się druga postać schorzenia przerzutowego—ophtalmia metastatica, która kończy się zropieniem całej gałki ocznej. Może się wydarzyć, że na jednem oku przebiega retinitis septica, a na drugiem oku odrazu występują objawy ophtalmia metastatica, jak zmętnienie ciałka szklistego, hypopyon, nacieczenie rogówki, wcześnie perforujące z zejściem w zanik cząstkowy gałki ocznej. Zarówno retinitis septica, jak i ophtalmia metastatica rokują się niedobrze dla wzroku i dla życia, ze względu na równoczesne wystąpienie endocarditis i tromboz naczyniowych, najgorzej siłą faktu ophtalmia metastatica. Jak wnioskować można ze złośliwości tego rodzaju przerzutowego schorzenia ócz, wchodzi zawsze w grę streptokok lub pneumokok. Jako ciekawą odmianę przerzutu infekcji z organów rodnych, spostrzegano ropne zapalenie tkanki oczodołowej (Phlegmona retrobulbaris), bez naruszenia początkowego gałki ocznej i dopiero od zewnątrz niejako następowała infekcja z przebiciem do wnętrza gałki ocznej.

Schorzenia macicy, jak również stany wywołane zabiegami operacyjnemi, przy których występują obfite krwawienia powtarzające się (metrorrhagie), mogą stać się przyczyną poważnych zaburzeń wzrokowych a nawet zmian nerwu wzrokowego, zagrażających utratą wzroku. Jeśli procentowo zestawi się schorzenia oczne wywołane utratą krwi, to widzimy, że na drugiem miejscu stoją cierpienia oczne, wynikające z krwawień organów rodnych kobiecych. Nad niemi ilościowo przeważają pochodzące z krwawień przewodu pokarmowego.

Pomijając zaburzenia wzrokowe, powodowane anemją powstałą wskutek skrwawień (jak mroczki, niedomogi i osłabienie mięśni ocznych a nawet przejściowe amaurozy, wynikające z chwilowej ischemii siatkówki), najgroźniej przedstawiają się krwotoki siatkówkowe i do ciałka szklanego, jak nie mniej zapalenia nerwu wzrokowego, lub, najgroźniejszy ze wszystkich zmian, zanik bezpośredni nerwu wzrokowego. Te groźne przypadki zaniku nerwu wzrokowego wydarzają się stosunkowo często i są obustronne. Badaniem anatomiczno-patalogicznem stwierdza się tłuszczowe zwyrodnienie elementów nerwowych nerwu wzrokowego i siatkówki, oraz zwężenia światła naczyń przez bujającą tkankę śródbłonkową (endarteritis fibrosa). Różne teorje tłumaczą mechanizm powstawania tych zmian: jedna teorja uważa je za następstwo krwotoków do pochewki nerwu wzrokowego, a wtedy miałby obrzęk poprzedzać zanik nerwu wzrokowego, druga teorja odnosi te zmiany do spraw czysto zapalnych w nerwie wzrokowym, według innej natomiast przyjmuje się bardziej skomplikowany bieg sprawy, a mianowicie: na skutek anemji mózgu, wywołanej utratą krwi, nanagromadza się drogą przesączania duża ilość cieczy limfatycznej, która z chwilą powrotu w obieg krwi zostaje zepchniętą w otoczki i pochewki nerwu wzrokowego, powodując w ten sposób trwały ucisk włókien nerwowych. Jedni autorowie widzą w zaniku nerwu wzrokowego trombozę arteriae centralis retinae, lub zastój żylny w siatkówce, dla innych zaś wystarcza przyjęcie samej ischemii siatkówki, aby mogły powstać zmiany degeneracyjne w nerwie wzrokowym. Widzimy więc, że niejednolite przyczyny działają w powstawaniu zaniku nerwu wzrokowego tego rodzaju. Sama utrata krwi i tym sposobem wywołana anemja mózgu, czy też ischemja siatkówki, nie stwarza dostatecznej przyczyny, a to z tej racji, że widzimy po niektórych rozległych, chirurgicznych zabiegach bardzo znaczne utraty krwi z zapaścią, a przecież nie spostrzegamy żadnych zmian nerwu wzrokowego. Następnie obserwujemy u kobiet, że jednorazowa utrata, nawet bardzo znacznej ilości krwi z dróg rodnych, również nie doprowadza do uszkodzeń w nerwie wzrokowym, conajwyżej może wywołać przejściowe zaniewidzenie; dopiero kilkakrotnie powtarzające się utraty krwi, w krótszych lub dłuższych odstępach czasu, mogą spowodować zanik nerwu wzrokowego. Te więc okoliczności przemawiają za tem, że obok rzeczywistej anemji, wywołanej drogą krwawień, wchodzi w grę jeszcze czynnik natury toksycznej, który należy uważać za właściwy przyczynowy, a rola utraty krwi ogranicza się tylko do zmniejszenia się ilości ciał odpornościowych, względnie odtruwających, dla substancyj toksycznych, powstałych z przyczyny tej

samej, która poniekąd wywołuje schorzenie organów rodnych: abortus, nowotwory, nieprawidłowy climax. Stwierdzone anatomopatologicznie zmiany w ścianach naczyniowych siatkówki (endarteritis), jak również niektóre podmiotowe objawy poprzedzające (skotoma centrale, zwężenie pola widzenia), następnie współtowarzyszące częściowe porażenia innych nerwów czaszkowych (abducens, trigeminus, hypoglossus), świadczą dość wymownie za współdziałaniem obok anemji czynnika toksycznego w powstawaniu zaniku nerwu wzrokowego. Mechanizm powstawania zaniku nerwu wzrokowego w tym porządku dokonujących się kolejno po sobie zmian w ukrwieniu tkanki i nasyceniu jej jakimś składnikiem toxycznym, przedstawiałaby się następująco: utrata krwi pociąga za sobą anemję w poszczególnych tkankach, a więc także i w siatkówce, czynnościowo objawia się to zaniewidzeniem przejściowem, jeśli następują dalsze utraty krwi, słabnie czynność serca i napięcie naczyń obwodowych, w tkankach nagromadza się duża ilość substancyj trujących, produkowanych przez niedożywioną tkankę (obniżenie procesów oksydacyjnych) i przez zmienioną czynność gruczołów dokrewnych, których produkty nie mogą zostać przez anemiczną krew unieszkodliwione. Tak pozostaje stan autointoksykacji, który w tych niekorzystnych warunkach odżywczych, niszcząco wpływa na tkankę nerwową oczną.

Temu uszkodzeniu nerwu wzrokowego, przez szkodliwy wpływ częstych krwawień z narządów rodnych kobiecych, poświęciliśmy więcej uwagi, aby podkreślić znaczenie o wielkiej doniosłości tego typu chorobowych zmian i zaburzeń organów rodnych kobiecych na narząd wzrokowy. Należy zawsze zgóry liczyć się z tą smutną możliwością i nie czekać aż pierwsze objawy schorzenia nerwu wzrokowego się ukażą, albowiem wtedy już wszelkie wysiłki lecznicze i wszelka pomoc, może okazać się spóźnioną. We wszystkich przypadkach uporczywych i powtarzających się krwawień z macicy, należy zawczasu przedsięwziąć zapobiegawcze środki, aby uchylić możliwość uszkodzenia nerwu wzrokowego. Środkami zapobiegawczemi w pierwszym rzędzie, obok środków zmierzających bezpośrednio do usunięcia krwawień i ich źródła, są transfuzje krwi, dalej podwiązania odnóży, środki wzmacniające akcję serca, w sensie pełnych i wydajnych skurczów, środki tonizujące naczynia, ułożenie chorej z głową bardzo nisko położoną i stosowanie wszelkich innych środków i wskazań ginekologicznych, przy ciągłej kontroli stanu wzroku. Nie należy nigdy zadawalniać się tylko ogólnym dobrym stanem chorej, ale pamiętać zawsze o grożącej ślepocie, a wybór między życiem a ślepotą jest rzeczywiście trudny. Okulistycznie różne były czynione próby terapeutyczne, aby początkujący zanik nerwu wzrokowego powstrzymać,

stosowano pozagałkowe injekcje strychniny, wykonywano iridektomję lub punkcję przedniej komórki,— ten ostatni zabieg jeszcze najbardziej korzystnie wpływał na przebieg schorzenia.. Przy tych przypadkach ginekologicznych, bardzo pożądana jest wczesna współpraca z okulistą, aby ten ostatni nie zapóźno został wezwany, już tylko dla stwierdzenia definitywnego i nieodwracalnego stanu zaniku nerwu wzrokowego.

Omawiane dotychczas zmiany narządu wzrokowego w ścisłej zależności i pod wpływem zaburzeń czynnościowych i anatomicznych organów rodnych kobiecych, które tak często stwierdzamy, nie są bynajmniej przypadkowym zbiegiem okoliczności, jak nas zresztą o tem dokładnie poucza doświadczenie, obserwacja i ich leczenie. Wielka ich różnorodność i trudność w rozdzieleniu ich strony subjektywnej od objektywnej sprawia, że nie wyrobiły one sobie jeszcze dostatecznych praw obywatelskich w symptomatologji i patologji chorób ocznych. Natomiast zmiany chorobowe oczne, występujące w okresie ciąży, posiadają już cały szczegółowo opracowany dział kliniczny.

Ciąża jest celem i przeznaczeniem organów rodnych kobiecych, do których się one przez cały czynny czas życia kobiecego okresowo przygotowują i odświeżają swe błony, na przyjęcie jaja płodowego. Schorzenia oczne, występujące w związku przyczynowym z ciążą, są ogólnie znane, tak, że ograniczę się tylko do ich ogólnej charakterystyki i ich zwięzłego omówienia. Wydarzają się na szczęście rzadko, bo zaledwie około 2% ciężarnych wykazuje skłonność do cierpień ocznych. Jeśli ujmiemy całokształt tych schorzeń i zmian ocznych, to wyraźnie zarysowują się odmienne genetyczne momenty, chociaż w dalszym przebiegu schorzenia ocznego i ciąży stają się one coraz mniej wyraźne i trudne już do rozdzielenia. Toxyczny czynnik, który zaznacza się do pewnego stopnia, we wszystkich okresach czynnego życia kobiecego, w okresie ciąży, zyskuje niemal dominujący wpływ na wszelkie sprawy w ustroju, a tem samem i na narząd wzrokowy. Sporą część zmian chorobowych ocznych należy odnieść do autointoksykacji organizmu ciężarnego. Substancje zatruwające pochodzić mogą z licznych źródeł. Pomijając zmieniony bieg spraw hormonalnych, przybywają nowe czynniki, tworzące nieobojętne ciała dla ustroju, jak płód i łożysko. Zmieniona czynność fermentacyjna jelit i ich niedowład (obstrukcje), niedomoga przeciążonego układu nerkowego, a wreszcie sama biochemiczna przemiana materji ulega poważnym zaburzeniom. Czynność innych gruczołów dokrewnych, które mogą wywołać pewien regulacyjny wpływ na sprawy ustrojowe (nadnercze, tarczyca, szyszynka, wątroba, przysadka

mózgowa), również zmienia się w znaczeniu wzmożenia, lub obniżenia swej produkcji. Serce może uledz przerostowi pod wpływem wzmożonej pracy i podniesienia się ciśnienia naczyniowego. Ucisk powiększającej się macicy, na sploty nerwowe, na naczynia i narządy inne w miednicy, może powodować odległe reflektoryczne objawy, a także i oczne. Najważniejsze znaczenie jednak w schorzeniach ocznych u ciężarnych, posiada stan systemu nerkowego, który rozstrzyga niejednokrotnie o utrzymaniu, lub przerwaniu ciąży. Sprawy chorobowe oczne i zaburzenia wzrokowe, w następstwie ciąży, podzielić możemy na dwie kategorje, a mianowicie: cierpienia oczne i zaburzenia wzrokowe, pojawiające się bez współudziału nerek i na powstające wskutek schorzenia systemu nerkowego, wywołanego ciążą. Pierwsza grupa obejmuje także objawy zaburzeń wzrokowych, wśród których częstokroć zaznacza się komponenta histeryczno-neurasteniczna, a więc nadmierne łzawienie, niedomogi akomodacyjne, polyopie, mikromakropeje. Zasadniczo jednak zmiany oczne tej grupy stanowią typ intoksykacyjny, lub też typ o cechach zaburzeń odżywczych. Na skórze powiek występują charakterystyczne ogniska barwikowe (chloasmata uterina). Na rogówce czasem mogą powstać owrzodzenia, którym brak objawów zapalnych; tak samo spostrzegano również pojawienie się keratokonus; w soczewkach pojawić się mogą zaćmienia, postępujące przy następnych ciążach. Zmiany te mają charakter bezwzględnie neurotroficzny. Przy istniejących starych, zabliźnionych ogniskach pozapalnych naczyniówki, występują w okresie ciąży wybitne pogorszenia, zwłaszcza w oczach o wysokiej krótkowzroczności. Pogorszenia te tłumaczą się niekorzystnem odżywianiem tkanek ocznych w okresie ciąży, w tych oczach, które i tak z racji swej budowy krótkowzrocznej, są gorzej sytuowane. Nierzadko przyjść może nawet do odklejania się siatkówki i następowej utraty wzroku. Ta okoliczność każe poważniej zapatrywać się na sprawę utrzymania lub przerwania ciąży, w wypadkach rozległych zmian naczyniówkowych i stwierdzenia jakiegokolwiek pogorszenia się w okresie ciąży. Z drugiej strony dowiedzionem jest, że oczy o wysokiej krótkowzroczności ze zmianami na dnie ócz, ale tylko na tle krótkowzroczności, zupełnie dobrze znoszą wielokrotne ciąże i nieraz komplikowane porody. Niewątpliwie na odklejenie się siatkówki, między innemi czynnikami, wpływa w pierwszym rzędzie stwierdzone stałe obniżenie się ciśnienia wśródocznego podczas ciąży, ale zawsze jeszcze w granicach fizjologicznych. Tego obniżenia się ciśnienia wśródocznego nie można tłumaczyć ani budową oka, ani naczyń, ani ciśnieniem krwi wśródnaczyniowym, ani też wpływami bezpośredniemi endokry-

nalnemi, ale raczej zmniejszoną osmozą krwi, mniejszą lepkością i mniejszym zagęszczeniem krwi. W zakresie zaburzeń wzrokowych bez zmian objektywnych, wymienić należy napady migreny ocznej, skotoma i hemeralopję. Hemeralopja, która występuje pod koniec ciąży, wskazywałaby na zaburzenia czynnościowe wątroby (czasem nawet może wystąpić icterus). Wydarzają się również nagłe zaniewidzenia, które z racji braku objektywnych zmian i szybkiego ich ustąpienia, jakoteż dla braku wszelakiego uzasadnienia ze stanu organicznego ustroju, odnieść należy do zaburzeń toksycznych. Tak samo pojawić się mogą krwotoki siatkówkowe, zapalenia nerwu wzrokowego, gałkowe i pozagałkowe, przeważnie jednostronne o skłonności do recydyw, które to zmiany ustępują definitywnie z chwilą rozwiązania. W tych przypadkach nie stwierdzamy żadnych zmian w układzie naczyniowo-nerkowym, dlatego powstawanie ich przypisać należy raczej czynnikom intoksykacyjnym. *Charakterystycznem okazuje się, że w przypadkach, w których występują inne objawy zatrucia, jak wymioty, ślinienie wzmożone, erytemata skórne i t. d., nie spotykamy nigdy zmian i zaburzeń ze strony nerwu wzrokowego.* Stwierdzone zapalenia nerwu wzrokowego w przebiegu ciąży, zmuszają do pilnej obserwacji i w razie narastania objawów zapalnych, należy bezwłocznie, przedwcześnie rozwiązać, lub też przerwać ciążę, z obawy przed zanikiem nerwu wzrokowego. Do intoksykacji również należy odnieść spotykane często porażenia mięśni ocznych, najczęściej mięśnia odwodowego. W takim wypadku powstaje zez zbieżny, który już nie ustępuje i trzeba go usunąć po rozwiązaniu, drogą operacji. Wspomnieć należy także o polu widzenia u ciężarnych. Spodziewano się bowiem, że na skutek przerostu przysadki mózgowej dadzą się stwierdzić ograniczenia w polu widzenia. Przeprowadzone systematyczne badania na dużej ilości ciężarnych nie potwierdziły tego przypuszczenia, a w każdym razie notowane wyniki ograniczeń dotyczą tylko barw w polu widzenia są bardzo niepozorne, rzadkie i niepewne, tak, że naogół przerost przysadki mózgowej u ciężarnych nie wpływa na pole widzenia.

Do drugiej grupy schorzeń i zmian ocznych zaliczamy te przypadki, które powstają na skutek schorzenia nerek z powodu ciąży (ren gravidarum). Schorzenie nerek otwiera nowe źródło inteksykacji organizmu, które szkodliwie oddziaływuje na tkankę nerwową. Zmiany chorobowe i zaburzenia oczne, na tle schorzenia nerek ciężarnych, powstają albo przez toxyczne uszkodzenie centralnego systemu nerwowego, albo przez dokonujące się zmiany toxyczno-degeneracyjne w samych elementach nerwowych ocznych W pierwszym wypadku toxycz-

nego zadziałania na ośrodki centralne, pojawia się uremiczna amauroza (wśród objawów ogólnej uremji) jak bóle głowy, wymioty, drgawki, utrata przytomności. Zazwyczaj stan ten występuje w drugiej połowie ciąży, lub pod jej koniec. W moczu skąpo oddawanym, stwierdza się białko, ciśnienie krwi ulega podwyższeniu. Zaniewidzenie ogólne, z zachowaniem reakcji źrenic na światło, trwać może od kilku do kilkudziesięciu godzin. Badanie wziernikiem stwierdza prawidłowe dno ócz, za wyjątkiem tych przypadków, do których już przy istniejących zmianach na dnie oka, nerkowego pochodzenia, dodatkowo przyłączyć się może uremja. Rokowanie w tych przypadkach zarówno co do życia, jak i co do wzroku jest złe. Uremiczne zaniewidzenie ustępuje całkowicie, czasem jednak może pozostawić jeszcze przez kilka dni połowiczne ubytki w polu widzenia. Jeśli wystąpią kilkakrotne uremiczne napady z zaniewidzeniem, obawiać się należy, że mogą pozostać trwałe upośledzenia wzroku, na skutek częściowego zaniku nerwu wzrokowego, który poprzedza zazwyczaj już stan zapalny. Pojawienie się zapalenia nerwu wzrokowego, tłumaczyć byśmy mogli intoksykacją dróg nerwowych ocznych, tego samego pochodzenia, co uremja. Jeśli zaniewidzenie uremiczne komplikuje się z retinitis albuminurica, wtedy trudno jest ustalić granice wzajemnego oddziaływania na siebie i wzmagające się objawy podmiotowe. Wyjaśnienie patogenezy uremicznego zaniewidzenia jest różnorodne. Nie będziemy omawiali poszczególnych teoryj powstawania jego, ogólnie rzecz biorąc, najprawdopodobniej wybitną rolę gra w tym zespole chorobowym toxyczne uszkodzenie komórek gangljonowych i włókien nerwowych, uwrażliwionych na wszelkiego rodzaju toxyny przez demineralizację, spowodowaną ciążą. Czy te toksyny są pochodzenia łożyskowego, czy płodowego, czy też gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza nadnercza, przy istniejącej niedomodze organicznej, lub czynnościowej nerek, które niemi zostają bezpośrednio uszkodzone, a następnie jaką rolę przypisać należy obrzękowi mózgu, w wywoływaniu poszczególnych objawów uremicznych, trudno rozstrzygnąć. — Niewątpliwie zachodzi fakt ciężkiego zatrucia, pochodnemi składników moczowych, stąd nazwa mocznica, a jakie są te trujące składniki, czy jest ich więcej, lub mniej jak siedem, jak je niektórzy autorowie podają, o tym przedmiocie, jako nie należącym do naszego tematu nie będziemy mówili. Te toxyczne substancje działające na korę mózgową, powodują ślepotę uremiczną, lub połowiczne zaniewidzenie, drgawki, wymioty, bóle głowy, działając zaś na obwodowe nerwy, mogą spowodować porażenia centralne, skotoma, zapalenie i zanik nerwu wzrokowego, który

może wystąpić po kilkakrotnych napadach uremji. Rozpoznanie różniczkowe oślepnięć uremicznych, może wahać się między histerycznem zaniewidzeniem, a neuritis optica. Białko w moczu i ciśnienie krwi podwyższone, przy braku zmian objektywnych na dnie ócz, przemawia za amaurozą uremiczną, jeśli jeszcze stwierdzone zostaną typowe objawy ogólne (wymioty, drgawki, utrata przytomności). Jeśli natomiast brak jest zmian ogólnych i na dnie oka, przy prawidłowo oddawanym moczu, skłaniać się raczej należy ku histerji, jednak należy to czynić bardzo oględnie, uważnie obserwując dalszy bieg rzeczy. Spostrzegane zmiany na dnie ócz, mówią już same za siebie, a wtedy należy tylko rozstrzygnąć z ich obrazu i z ogólnego stanu organizmu o ich przyczynie, czy odnieść należy je do sprawy nerkowej, czy też do samoistnie występujących toxycznych spraw ocznych. Rokowanie w amaurozie uremicznej jest dobre co do wzroku, co do życia zaś mniej korzystne. Uremiczna amauroza nie daje wskazania do przerwania ciąży, ani jej zapobiegania, dopiero jeśli pokażą się neuritis optica lub oedema pupillae koniecznem jest przerwanie ciąży.

Drugi obraz schorzenia ocznego ciąży na tle niedomogi nerek, stanowi uszkodzenie elementów nerwowych siatkówki, — retinitis albuminurica gravidarum. Schorzenie nerek może być wywołane przebiegającą ciążą, albo też preegzystujące w postaci przewlekłej—zostaje ciążą pobudzone i zmienione w stan ostry. Zmiany oczne są typowe dla schorzeń nerek. Charakterystyczne białe ogniska w okolicy tarczy, a zwłaszcza w okolicy plamki żółtej, ugrupowane zazwyczaj w gwiaździstą figurę. Ułożenie to nie stanowi bynajmniej reguły. Ogniska te jedni uważają za miejsca zwyrodnienia nerwowego w warstwach jądrowych siatkówki i we włóknach Müllera (nacieczenia tłuszczowe glejowego pochodzenia, a nie zwyrodnienia tłuszczowe), inni zaś za wysięk siatkówki i nagromadzenie w przestrzeniach międzywarstwowych siatkówki, komórek z barwikowego nabłonka, produkujące tłuszcz zamiast barwika. Obok tych zmian pojawiają się również obrzęki powiek, zwłaszcza dolnej, wylewy krwi do ciałka szklanego, drobne wybroczyny krwi na siatkówce i przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego. Badania anatomopatologiczne stwierdzają obrzęk siatkówki dokoła tarczy nerwu wzrokowego, przerost włókien Müllera i nagromadzenie się wysięku o dużej zawartości białka we wszystkich przestrzeniach, rozgraniczające poszczególne warstwy siatkówki. Naczynia siatkówki i naczyniówki wykazują pewne cechy zwyrodnienia skrobiowatego. Pierwotnem zasadniczo jest schorzenie naczyń naczyniówki i stąd wysięk drążący do warstw siatkówki. Rozbieżne są poglądy na patogenezę tych zmian. Schieck uważa nadciśnienie tętnicze za wy-

starczający powód, według Volharda ischemia arterio-spastica stanowi właściwą przyczynę, Fahr i La Cascio odnosi zmiany siatkówkowe tylko do ogólnej toxemji, Mylius upatruje związek tych z hyperaemią spastyczną naczyń obwodowych, Aschoff łączy wszystkie te czynniki razem i odróżnia różne postacie chorobowe zmian siatkówkowych. Polemika trwa na całej linji. Jedni przyjmują hypercholesterinaemię, drudzy ją wręcz odrzucają. Z racji innych ogólnych objawów raczej toxemia tłumaczyłaby zgodnie wszystkie objawy i ona byłaby właściwą przyczyną tych zmian, które niektórzy uważają za pierwotne. Potwierdza to także i ten fakt stwierdzany, że u tej samej kobiety następna ciąża, po ciąży komplikowanej schorzeniem nerek i ocznemi zmianami, nie musi spowodować tych samych zaburzeń, bowiem nieraz po ciąży z objawami nerkowemi, następne, kilkakrotne ciąże przebiegały najzupełniej prawidłowo. Podmiotowo dolegliwości oczne są czasem tak nikłe, że zachodzi nieproporcja do rozległości zmian, widzianych na dnie oka. Dopiero po dłuższym czasie obniża się wzrok i dojść może nawet do poczucia światła. Rokowanie oczne dla tych przypadków jest naogół dobre, daleko lepsze, aniżeli w przypadkach, gdy te zmiany pojawiają się w przebiegu samego schorzenia nerek bez ciąży. Również dla życia rokowanie jest korzystne, o ile dość wcześnie przyjdzie do rozwiązania. Jeśli z chwilą rozwiązania naturalnego lub sztucznego, nie ustąpią objawy niedomogi nerek i w związku z nią objawy chorobowe siatkówki, rokowanie wówczas przedstawia się naogół źle i dla życia i dla wzroku. W miarę trwania tych zmian siatkówkowych, pojawić się mogą krwotoki do ciałka szklistego, odczepienie siatkówki, w końcu uremiczne zaniewidzenie i ostatecznie zanik nerwu wzrokowego. W leczeniu przedewszystkiem wchodzi w grę przerwanie ciąży, o ile sprawa chorobowa oczna wydarzy się w ciągu pierwszych siedmiu miesięcy, albowiem i tak płód nie zostanie przy życiu, z powodu krwotoków łożyskowych. Po siedmiu miesiącach ciąży natomiast, o ile niema wskazania ze strony objawów eklampsji, można przeczekać i przeprowadzić sztuczne rozwiązanie z żywem dzieckiem. Jak wspomnieliśmy nie każda następująca ciąża, po ciąży z objawami niedomogi nerek, musi wśród takich samych tragicznych okoliczności przebiegać. Mimo tego, niema nigdy żadnej rękojmi i dlatego jest zawsze nakazane zapobieganie ciąży, a w wypadku, gdy już nastąpiła ciąża, ścisła i ciągła kontrola nerek i oczu.

Ciąża kończy się okresem krytycznym — porodem. Do tego aktu organizm przygotowuje się dłuższy czas, mobilizując wszystkie żywotne siły i zabezpieczając wszelkie organy przed szkodliwemi

wpływami takiego wysiłku, w ten sposób, aby cały przebieg tej czynności wypadł najkorzystniej i dla matki i dla dziecka. Mimo to, jednak wysiłek ten może okazać się daleko silniejszym od broniących zabezpieczeń i w tym krytycznym czasie mogą wystąpić pewne zmiany i zaburzenia w narządzie wzrokowym. Siła tego wysiłku przedewszystkiem może spowodować krwotoki z pękniętych naczyń, i tak obserwujemy łatwo zresztą zrozumiałe krwotoki podspojówkowe, krwotoki do ciałka szklistego, krwotoki pozagałkowe z następowym wytrzeszczem gałki i uciskiem na nerw wzrokowy. Opisywano również przebicie arteria carotis interna do sinus cavernosus (exophtalmus pulsans). Z rodzaju tych zmian sądzić można o wielkości włożonego wysiłku, ze strony całego organizmu — w akt porodu. Niezależnie od tego fizycznego napięcia, które w pierwszym rzędzie uszkodzić może naczynia, wydarzyć się mogą w czasie porodu zaburzenia wzrokowe, jako objawy nerwicy urazowej (histeria traumatica), a nawet zupełne zaniewidzenie. W tych wypadkach trzeba być jednak bardzo ostrożnym w rozpoznawaniu, albowiem pojawienie się amaurozy uremicznej w końcowem stadjum porodowem jest zawsze możliwe.

Następujący po porodzie okres połogowy cechują znamiona urazowe, następnie znamiona intoksykacyjne i wreszcie znamiona zaburzeń odżywczych, spowodowanych przebytą ciążą. Cierpienia oczne, które mogą wystąpić w związku z urazem, jaki stanowi poród, i wyczerpaniem czasowem przez utratę krwi, omówiliśmy już poprzednio, przyłączyć się do nich może jeszcze czynnik intoksykacyjny. Widzimy zatem w okresie połogowym skłonność pojawiania się różnych schorzeń ocznych natury organicznej, jak neuritis optica, neuritis retrobulbaris, krwotoki siatkówkowe, wskutek uszkodzenia ścian naczyniowych przez anemję, embolia arteriae centralis retinae, na skutek zwiększenia się obronnej krzepliwości krwi, odklejenie się siatkówki, niewątpliwie zapoczątkowane w okresie porodu, a ujawnione dopiero w okresie połogu. Również pojawiają się zaburzenia wzrokowe natury czynnościowej, niedowłady akomodacji i konwergencji, wskutek wyczerpania i zmęczenia organizmu. Zaburzenia natury odżywczej również mogą wpłynąć niekorzystnie na sprawy odżywienia rogówki i tak powstać może keratomalatia. Są to na szczęście wypadki bardzo rzadkie i niewątpliwie o daleko posuniętym już wyczerpaniu i wyniszczeniu ogólnem organizmu.

Trzecim okresem ciąży i połogu jest okres laktacji, mniej więcej tak długi, jakim jest okres ciąży. W tym czasie organizm kobiecy ma do spełnienia dwa zadania: jedno to powolny powrót do uregu-

lowanych czynności kobiecych, jakie istniały przed ciążą, a drugie zadanie całkiem nowe — dostarczenia pokarmu dla dziecka. Ustrój jeszcze dostatecznie nie wypoczęty i nieuregulowany, bierze na siebie nowy ciężar, któremu musi podołać. Dzięki ożywionej i wzmożonej sprawności gruczołów dokrewnych, tkanki organizmu aż nadto dokładnie wywiązują się z tego zadania, jednak nie da się zaprzeczyć, że czynią to kosztem znacznego wysiłku, kosztem odżywiania się własnego. Wszystkie rezerwy odżywcze zostają uruchomione i może się wydarzyć, że zostaną wyczerpane, o ile racjonalne i celowe doprowadzenie pokarmów od zewnątrz jest niedostateczne. Zrozumiałem się wyda, że wszelkie zaburzenia powstałe podczas i na skutek laktacji, posiadają przeważnie znamiona zmian i zaburzeń odżywczych. Klasycznym przykładem zmian odżywczych w narządzie wzrokowym jest pojawienie się wczesnej zaćmy, zwanej cataracta e lactatione, przykładem zaś zaburzeń odżywczych — hemeralopia. Mechanizm powstawania zaćmy w tym okresie niewątpliwie jest pochodzenia toxyczno-odżywczego w tem znaczeniu, że upośledzone odżywianie tkanek ułatwia zadziałanie momentowi toxycznemu, podobnie zupełnie jak zaćma przy diabetes, przy zatruciach naftaliną, ergotyną i t. d. Wiemy dobrze, że pewne gruczoły dokrewne (przytarczyca), mają wpływ na powstawanie wczesnych zaćm; czy i w tym wypadku gra rolę i do jakiego stopnia czynność gruczołów przytarczykowych, czy tylko zespół gruczołów żeńskich, trudno na to odpowiedzieć. Dalszą zmianą toxyczno-odżywczą może być zapalenie nerwu wzrokowego, o rokowaniu dobrem, jak również i niedowład ze strony mięśni ocznych w postaci częściowych porażeń. Te zmiany toxyczno-odżywcze w narządzie wzrokowym ujawniają się dopiero przeważnie po wielokrotnych okresach karmienia i w wypadkach, jak wyżej zaznaczyliśmy, złych warunków odżywiania, dlatego też nie spostrzegamy ich nigdy u kobiet zawodowo oddających się karmieniu (mamek). W niektórych przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego e lactatione, spostrzegano korzystny wpływ odstawienia od piersi na dalszy przebieg schorzenia, w innych natomiast nie stwierdzano żadnej poprawy. To przemawiałoby za współdziałaniem w nierównej mierze tych 2-ch czynników t. j. natury odżywczej i toxycznej. Wyrazem zaburzeń wzrokowych, pochodzenia odżywczego w okresie lactacji jest pojawiająca się hemeralopja. Zaburzenie to świadczy, że wątroba jako rezerwuar materjału odżywczego (glikogen) przez lactację zostaje wyczerpaną i działalność jej, jako środka odtruwającego doznaje znacznego osłabienia. To też w okresie karmienia jest większa naogół wrażliwość na trucizny (np. strychnina) i mniejsza odpor-

ność na mikroorganizmy chorobotwórcze i ich jady (łatwość powstawania ropni). W tem leży pewne podobieństwo do cukrzycy i to tłumaczyłoby zarazem zjawisko zaostrzenia się starych procesów gruźliczych w organiźmie, a tak często spostrzegane w oczach, o starych zmianach siatkówkowo-naczyniówkowych na tle gruźliczem.

Obok tych zmian i zaburzeń wzrokowych o charakterze toksyczno-odżywczym, może występować również w okresie laktacji cały szereg cierpień ocznych natury czynnościowej, jako wyraz ogólnie wzmożonej i zmienionej pobudliwości systemu nerwowego lub jego osłabienia.

Na tem wyczerpaliśmy nasz temat i przychodzi nam stwierdzić, że olbrzymi jest zakres wpływów organów płciowych kobiecych na narząd wzrokowy; niejednokrotnie ciężkie sprawy chorobowe oczne o tak zwanej causa ignota, należy przyczynowo odnieść do schorzeń i zaburzeń w układzie organów rodnych. Tak samo zaburzenia wzrokowe, dla których nie możemy znaleźć właściwej przyczyny, mogą wywodzić się jako cierpienia reflektoryczne z zapomnianej i nieobjętej naszem dociekaniem sfery seksualno-rodnej. Dlatego należy kierować przypadki niejasne przyczynowo częściej do ginekologa, od którego zaś mamy prawo wymagać obszernego i także psychologicznego ujęcia całokształtu rzeczy, w myśl zasady, że, gdy ciało choruje, o wiele więcej cierpi także psycha kobieca, a niosąc jej ulgę, bodaj przez samo zrozumienie i ułatwienie wypowiedzenia się z ukrytych stanów podświadomych, uczyni się już dużo dla terapji i ulżenia cierpieniom ocznym.

Promienica (actinomicosis) płuc i żeber a wypadek kolejowy

podał

JAN OPOLSKI

Naczelnik Wydz. Sanitarnego D. O. K. P. Lwów

Pracownik kolejowy lat 33, zajęty na parowozie — uderzył się w bok prawy. Po wypadku w kilka tygodni, wystąpiły wszystkie objawy, przemawiające za gruźlicą płuc i żeber. Przy pierwszej resekcji stwierdzono caries costae, odnosząc zmiany te do urazu doznanego. Chirurg kolejowy Doc. Dr. *Gruca*, wykonywując nieco później resekcję dalszych żeber, stwierdza promienicę. Ponieważ actinomicosa pierwotna płuc należy do rzadkości, przeto przebieg tego cierpienia podaję do wiadomości, a to tem więcej nas lekarzy kolejowych interesujący, że choroba ta rozwinęła się wyraźnie po wypadku kolejowym.

Literatura polska, omawiająca promienicę, jest dosyć bogatą. Przebiegiem tego cierpienia zajmował się *Barącz*, *Florkiewicz*, *Kijewski* i *Kosiński*.

Choroba pod nazwą Actinomicosis (promienica), znaną jest w nauce dopiero od roku 1877. Pierwszy *Bollinger* podał przebieg cierpienia tego u zwierząt, przebieg zaś u ludzi opisał Israel.

U ludzi rozwija się promienica przeważnie w jamie ustnej, zajmując najczęściej szczękę dolną. Z miejsca tego mogą nastąpić przerzuty na organy wewnętrzne.

Promienica pierwotna płuc lub innych organów wewnętrznych należy do rzadkości. Ponieważ przebieg choroby tej usadowionej w organach wewnętrznych, nie posiada szczególnych cech charakterystycznych, przeto i rozpoznanie promienicy nie jest tak łatwe.

Bollinger stwierdził podczas sekcji pierwotną promienicę mózgu. Za życia rozpoznawano absces mózgu.

Rotter z kliniki *Leydena*, rozpoznaje promienicę szczytu płuca prawego na podstawie badania plwociny.

W danym wypadku raz tylko jeden udało mu się w plwocinie stwierdzić promienicę, następne, często powtarzane badania plwociny, nigdy nie wykryły tego grzybka.

Promienica atakując oskrzela, daje objawy bronchitis putrida z kawernami, krwotokami, exudatami, próchnicą żeber. Nic też dziwnego, że i nasz przypadek przez czas dłuższy uważany był za gruźlicę płuc.

Pierwotna promienica płuc, jak i promienica w miejscu skaleczenia skóry, należy do rzadkości.

Przebieg choroby jest zazwyczaj przewlekły i zwykle kończy się śmiercią (wyleczenia samoistne zdarzają się). Specyficznie ma działać jod, podawany pod różnemi postaciami.

Promienica w miejscu usadowienia się, wywołuje proces zapalny tkanki z następowym jej rozpadem i tworzeniem się masy śluzowo-ropnej koloru żółtego. W ropie tej lub tkance patologicznie zmienionej już makroskopowo znaleźć można różnej wielkości charakterystyczne ziarenka żółtawe, które zgniecione przedstawiają się jako promienisty układ zwapniałych grzybków promienicy.

Nasz przypadek przedstawiał się następująco:

Pracownik kolejowy X. lat 33 liczący, zajęty był na parowozie jako pomocnik maszynisty I kl.

Dnia 27 kwietnia 1932, o godzinie 18.15 przykręcał rurkę do smarownicy. W pewnej chwili śruba zerwała się z gwintu, a poszkodowany tracąc równowagę upadł na pomost parowozu, uderzając się silnie w bok prawy. Mimo bólu pracował tego dnia dalej. Po ukończeniu pracy poszedł do pokoju noclegowego i odczuł silne dreszcze. Przez dwa dni następne jeszcze pracował. Zgłosił się do lekarza rejonowego 29 kwietnia, t. j. trzeciego dnia po wypadku. Stwierdzono wówczas suche zapalenie opłucnej po stronie prawej.

Z tem rozpoznaniem został zwolniony chwilowo od pracy do 14 maja 1932, z którym to dniem, jako wyleczony powrócił do pracy. Od czasu do czasu zgłaszał się do lekarza rejonowego ambulatoryjnie, skarżąc się na potęgujący się ból w miejscu urazu i lekkie uwypuklenie się tej okolicy.

W szczycie prawym przytłumienie, kaszel mierny, temp. przy badaniu (przed 12 godz.) normalna Chory podawał, że wieczorami temp. podnosiła się do 38,0°.

28 maja poddano pacjenta prześwietleniu promieniami Rtg.

Szczyt prawy intensywnie zaciemniony. Przepona po stronie prawej gorzej widoczna, nieostro konturowana, kąt przeponowy prawy nie wyjaśnia się całkowicie.

Roentgen 15 czerwca 1932. Pole szczytu prawego zaciemnione, przy kaszlu nie wyjaśnia się. W prawym dolnym płacie stwierdza się kilka dużych, rozlanych plamek o średniem nasyceniu. Cienie wnękowe powiększone i zagęszczone. Dolny biegun wnęki prawej, wysyła liczne zgrubiałe smugi do przepony. Przepona prawa nieruchoma. Kąt przeponowo-żebrowy prawy nie otwiera się przy wdechu. Części kostne żeber po stronie prawej nie wykazują zmian dostrzegalnych.

Na zdjęciu i w prześwietleniu z dnia 8'VII przedstawiają się żebra VIII-XII strony prawej zupełnie prawidłowo. Destrukcji ani też jakichkolwiek zgrubień, względnie zagęszczeń struktury nie można nigdzie wykazać. Chory na propozycje lekarza rejonowego godzi się na leczenie szpitalne. 17.VII-1932 zgłasza się do szpitala. W szpitalu rozpoznano osteomyelitis żebra VIII strony prawej dodając, że to następstwo urazu w bok w dniu 27.IV-1932. Wykonano resekcję żebra VIII. 7.VIII opuszcza szpital. Lekarz rejonowy obejmuje dalsze leczenie. Temp. rano $36,0^0$-36.5^0, wieczorami 38.5^0-39.5^0. Bolesność w boku prawym utrzymuje się nadal i to od VIII-XII żebra. Nie kaszle, nie poci się nadmiernie. 11.VIII temp. rano 38.5^0, język obłożony. Nad szczytem prawym przytłumienie z przodu do obojczyka, z tyłu do grzebienia łopatki. Wdech szorstki, wydech przedłużony; brak rzężeń. Reszta płuc bez wyraźnych zmian chorobowych. W pasze po stronie prawej od VI do XII żebra przytłumienie. W miejscu pooperacyjnem blizna zaciągnięta i wgłębiona do środka, długości około 20 cm. Od środka blizny duże zaczerwienienie aż po łopatkę. Z blizny wydobywa się ropa biało-żółtawa, wywołując w otoczeniu zapalenie skóry. Początkowo rana pooperacyjna miała dążność do gojenia się. Po kilku dniach wystąpiła tendencja do ropienia. Serce bez zmian. Tony głuche. Akcja serca przyśpieszona 120 n./m. Tętno słabo napięte. Jama brzuszna bez zmian chorobowych. Mocz normalny.

Komisja rejonowa, odbyta w dniu 11 sierpnia, wobec braku poprawy w stanie zdrowia chorego mimo resekcji żebra i ze względu, że rozpoznania nie można było ustalić — zwróciła się do Wydziału o wysłanie internisty i chirurga.

Dnia 17.VIII-1932 wyjechali do chorego specjaliści i wydali orzeczenie następujące:

Dyrekcja Kolei Państw. Lwów Nr. S/826/32. Protokół badania Komisji Lekarskiej, wyznaczonej przez Wydział X. P. K. P. L. o stanie zdrowia pracownika X w dniu 17 sierpnia 1932 r.

Nazwisko i imię badanego: X ur. 1899 r. pomocnik maszynisty.

Bóle po prawej stronie klatki piersiowej. Kaszel mierny zwłasz-

cza wieczorami i rano z odpluwaniem plwociny krwawej (?), gorączka, ogólne osłabienie, odczuwa bóle w jamie brzusznej po stronie prawej w okolicy coecum.

Badanie przedmiotowe. Chory wzrostu średniego, odżywienia lichego, cera blada, mięśnie wiotkie, temp. w chwili badania (godzina 18-ta) 38.6°. Na głowie zmian brak. Źrenice równe, na światło reagują. Jama ustna bez zmian. Szyja długa, wąska, gruczoły karkowe drobne, niebolesne, gruczoł tarczykowy normalny. Klatka piersiowa długa, płaska, po stronie prawej nieco zapadnięta i węższa. Na wysokości 8 żebra prawego w linji sutkowej rana pooperacyjna około 4—5 cm., pokryta ziarniną, na powierzchni nieznaczna ilość wydzieliny ropnej. Zgłębnikiem dochodzi się na 4 cm. wzdłuż żebra 8-go, ku górze i tyłowi — wyczuwa się obnażony kawałek żebra VIII. Prawa strona klatki piersiowej, od 5 żebra począwszy ku dołowi, wykazuje obrzmienie, sięgające ku tyłowi aż do dolnego kąta łopatki prawej, silnie bolesna, napięta, jednakże fluktuacji nie stwierdza się. Wypuk na klatce piersiowej po stronie prawej: w szczycie aż do 2-go żebra, z tyłu do grzebienia łopatki— przytłumienie, poniżej— jawny, od kąta łopatki w dół— przytłumienie, granice nieruchome. Po stronie lewej wypuk jawny. Po stronie prawej w szczycie — szmery pęcherzykowe zaostrzone, wydech słyszalny, przedłużony, nieliczne świsty, w dole w obrębie przytłumienia — szmery pęcherzykowe osłabione. Oddechy, ze względu na bóle po stronie prawej klatki piersiowej, znacznie ograniczone. Po stronie lewej — szmery pęcherzykowe osłabione.

Serce w granicach normalnych, tony nieco głuche, akcja serca przyśpieszona. Tętno 132 na minutę, miarowe.

Brzuch płaski, wiotki, nieco wzdęty, wypuk wysoko-bębenkowy. Przy badaniu — tkliwość w okolicy coecum, w głębi żadnych oporów nie stwierdzamy. Wątroba o palec niżej łuku, gładka, tkliwa. Śledziona bez zmian. Kończyny dolne nieobrzękłe, ruchy w stawach zachowane.

Rozpoznanie: Zmiany włókniste specyficzne płata górnego płuca prawego, zrosty opłucnowe prawostronne. Stan po wyjęciu części żebra prawego z przetoką w miejscu rany pooperacyjnej, stan gorączkowy z powodu zakażenia wtórnego.

Tło sprawy specyficzne (tbc). Osteomyelit. costar. tbc. (?)

Nie można wykluczyć związku przyczynowego z doznanym wypadkiem.

Winien pozostać w leczeniu tylko szpitalnem.

Rokowanie co do zupełnego odzyskania zdolności do służby kolejowej bardzo wątpliwe. Obecnie 100% niezdolności do pracy.

Dnia 23 sierpnia 1932 roku, przewozi się chorego do szpitala Kasy Chorych we Lwowie.

Odpis historji choroby ze szpitala Kasy Chorych.

Rozpoznanie: Caries costarum thor. dextr. actynomycotica.

Wywiady: Rodzice żyją, zdrowi. Z 6-ciorga rodzeństwa wszyscy zdrowi. W dzieciństwie, ani później nie chorował. W 23 roku życia ożenił się. Żona zdrowa, cztery razy rodziła, nie roniła. Dzieci żyją, zupełnie zdrowe.

W 31 roku życia, dostał nagle kłucia w boku lewym, połączonego z obfitemi potami i dreszczami. Temperatura podwyższona. Lekarz stwierdził zapalenie opłucnej. Leczył się przez 14 dni. Po upływie roku sprawa ponowiła się. Wysoka temperatura, dreszcze i poty. Po kilkunastu dniach sprawa chorobowa ucichła. Dopiero przed 3 miesiącami, chory dostał nagłego kłucia w boku prawym, temperatura podniosła się, dreszcze i poty. Duże dolegliwości przy oddychaniu i przymusowa pozycja przy leżeniu. Po kilku dniach polepszyło mu się nieco. W 3 tygodnie potem objawy wystąpiły z większą siłą. Chory zauważył opuchnięcie prawej strony klatki piersiowej i chwilami odczuwa ból przeszywający w głębi płuca prawego.

12 lipca 1932 roku, choremu wycięto w Szpitalu X kawałek żebra VIII po stronie prawej i wypuszczono ropę, nie zakładając, jak podaje chory drenu. Od tego czasu z utworzonej przetoki stale wydziela się treść ropna i w tym stanie chorego przewieziono na oddział chirurgiczny szpitala X.

Stan miejscowy: Klatka piersiowa po stronie prawej nieco zapadnięta. Na wysokości VIII żebra widoczna przetoka, wydzielająca w małej ilości ropę gęstą, zielonawo-żółtą. Sondą dochodzi się do dna przetoki i wyczuwa się resztki VIII żebra. Obmacywaniem stwierdza się niewielkiego stopnia obrzęk sąsiedniej okolicy i wybitną bolesność uciskową żeber VI, VII, IX, X i XI.

Wypukiem po stronie prawej od kąta łopatki stwierdza się zupełne stłumienie, wysłuchem — zniesienie szmerów oddechowych. Po stronie lewej płuco i klatka piersiowa bez większych zmian. Wysłuchem stwierdza się zaostrzenie szmerów oddechowych. Temp. do $39{,}0^0$, tętno około 120 uderzeń na minutę. Wykonano zdjęcie Rtg. i posłano plwocinę do badania. (Odpisy badań dodatkowych przy końcu).

Temp. utrzymuje się stale na tym samym poziomie t. zn. waha się między 37.5^0 rano, a 39^0 wiecz. Tętno do 120 uderzeń na min. Chorego wzmocniono nieco podawaniem glukozy dożylnie i injekcjami kamfory z coraminą.

29. VIII. Resekowano w znieczuleniu miejscowem, a potem w lekkiej narkozie eterowej 6 żeber. Cięciem łukowatem, zwróconem wypukłością ku kręgosłupowi odsłonięto żebra VII, VIII, IX, X i XI Po uwolnieniu ich od okostnej, co było połączone z dużemi trudnościami, z powodu zmian patologicznych i zgrubień na okostnej i w samych kościach, wycięto kolejno począwszy od XII kawałki żeber zmienione patolog.

Po usunięciu żeber ukazała się opłucna ścienna, silnie zgrubiała, pokryta nalotami, a w jednem miejscu ukazało się ognisko ropne, wielkości dużej śliwki. Nacieki zapalne i jamy rozpadowe sięgają do kręgosłupa i częściowo przechodzą na trzony kręgów. Po możliwie dokładnem oczyszczeniu opłucnej ostrą łyżeczką, zaszyto nad nią mięśnie i skórę, zostawiając w ranie sączek, celem ułatwienia odpływu ropie i nałożono opatrunek. Próbkę ropy pobrano do badania drobnowidowego.

Chory po zabiegu zagorączkował wysoko z powodu ognisk bronchopneumonii w płacie dolnym po stronie lewej. Wstrzyknięto choremu 60 cm^3 własnej krwi domięśniowo. Otrzymuje 2 razy dziennie inj. kamfory z morfiną, ponieważ skarży się na ból w ranie i nie może z tego powodu oddychać głębiej oraz digitalis w płynie.

I. IX. Przy opatrunku, który musiano zmienić z powodu bardzo dużej wydzieliny, okazało się, że płat skórny w niektórych miejscach ulega częściowej nekrozie. Rana wydziela obficie ropę, w której mikroskopowo można stwierdzić grudki i nitki promienicy.

2. IX. Opatrunek zmienia się codziennie. Ogniska bronchopnenemonii ulegają rezolucji. Temp. jednak utrzymuje się i sięga do 39.3^0 wiecz. Tętno około 124 na min. Inj. camphory i pantoponu.

5. IX. Od tego dnia chory zaczął pobierać naświetlania promieniami Rtg. Po drugiem naświetlaniu temp. spadła do 37.8^0 wiecz. Chory czuje się nieco lepiej. Stale otrzymuje dwie dawki jodu doustnie w postaci sol. kal. jodat.

10. IX. Wydzielina z rany nieco zmniejsza się i sama rana oczyszcza się powoli ze strzępów nekrotycznych. Zauważyć można b. korzystny wpływ promieni Rtg. na proces promienicy, jednak płaty skóry reagują b. silnie i proces gojenia postępuje dosyć powoli. Samopoczucie chorego o wiele lepsze.

16. IX. Począwszy od X. naświetlenia Rtg. temp. znowu ma tendencję zwyżkową. Chory jednak czuje się lepiej. Gojenie się rany postępuje, chociaż dosyć powoli. Wydzielina zmniejsza się. Chory jod otrzymuje w dalszym ciągu.

22. IX. Chory otrzymał serję XIII naświetleń promieniami Rtg. Po jednodniowej przerwie zaczęto stosować jonizację. Czynną elektrodę jałową stosuje się wprost na powierzchnię rany.

4. X. Po kilku jonizacjach temp. znowu spadła i nie przekracza 38,0°. Chory subjektywnie i objektywnie poprawił się.

11. X. Rana wydziela dość mało wydzieliny surowiczo-ropnej. Grudek zauważyć nie można. Opatrunek zmienia się co drugi dzień.

14. X. Chory otrzymał 8 jonizacji równocześnie z dużemi dawkami jodu doustnie. Stan się poprawił. Odżywienie i wygląd chorego również lepsze.

20. X. Na własne żądanie chory został wypisany ze Szpitala z poleceniem dalszej zmiany opatrunków i zgłoszenia się po upływie 5—6 tygodni do powtórnego naświetlania promieniami Rtg.

Badania pomocnicze:

Rtg. 24. VIII. Zdjęcie płuc: Szczyt prawy wykazuje modzelowate zgrubienie opłucnej poprzez które widoczne smugowate zagęszczenia W środkowej części pola płucnego widoczne rozsiane drobne, częścią zwapniałe, plamkowate zagęszczenia. Zrost między płatem górnym a środkowym. Dolna część pola płucnego tuż pod przeponą zaciemniona. Kontur przeponowy w części brzusznej niewidoczny (zrosty). W polu płucnem lewem w szczycie obłoczkowate, nieostre zagęszczenia. Tchawica przeciągnięta ku stronie prawej wykazuje łukowate wygięcie.

25. VIII. Zdjęcia żeber: Żebro X. po stronie prawej, w środkowej części trzonu wykazuje nierówność konturu dolnego z rozrzedzeniem struktury kostnej na przestrzeni około 4 cm. Żebro XI po tej samej stronie również w środkowej części trzonu wykazuje drobne rozrzedzenie wielkości grochu, leżące tuż ponad dolnym konturem. Żebro V. w przedniej części trzonu wykazuje ubytek górnego konturu wielkości bobu.

5. IX. Zdjęcie klatki piersiowej. Resekcja 6 żeber od VI. do XI. po stronie prawej. Pole płucne prawe w dolnej części nad przeponą intensywnie zaciemnione. Kontur przepony w części brzusznej niewidoczny Przepona nieruchoma Zrost między płatem górnym a środkowym. Zagęszczenie rysunku płucnego u podstawy płata górnego na przestrzeni orzecha włoskiego oraz rozsiane plamkowate zagęszczenie w obrębie płata górnego. Pole płucne lewe bez zmian wyraźniejszych.

1. X. Zdjęcie kręgów piersiowych: Kręgi piersiowe od VI. do XII. oraz krąg lędźwiowy bez zmian.

Badania moczu 24 sierpnia.

Barwa j. żółta, woń swoista, oddziaływanie kwaśne, ciężar właściwy 1.017, osad makroskop. obfity.

W osadzie mikroskop. liczne nabłonki płaskie, 8—10 lenkocytów, w polu widzenia, obfity śluz, moczany bezpostaciowe, szczawiany wapnia i drobnoustroje.

Badanie krwi: Ciałek czerwonych — 3.780.000
Ciałek białych — 18.200
Leukocytów neutrochłonnych z jądrem segment. 64%
" " " pałecz. 12%
Monocytów 4%
Limfocytów 20%

Badanie plwociny: 26. VIII. i 1. X. 1932.
Prątków Kocha nie wykazano.
Włókien elastycznych nie wykazano.
Actinomycosis nie wykazano.

Badanie ropy: 31. VIII. 1932.
Na preparacie: typowe grudki i nitki promienicy.
Hodowla: jałowa.

Obraz chorobowy w głównych zarysach przedstawia się więc następująco:

Pomocnik maszynisty X. 33 lat liczący, dziedzicznie nieobciążony. Chorób poważniejszych nie przebywał, prócz lekkiego zapalenia opłucnej w roku 1931. Żona i 4 dzieci zdrowe.

27 kwietnia 1932 pełniąc służbę na parowozie uderzył się w bok prawy. Nie przykładając do tego wielkiego znaczenia, po wypoczynku, pracował jeszcze przez dwa dni.

29 kwietnia czując ból w boku prawym zgłasza się u lekarza rejonowego, który rozpoznając suche zapalenie opłucnej strony prawej zwalnia go od pracy na kilka dni.

14 maja jako wyleczony obejmuje służbę pierwotną.

28 maja z powodu nieustępującego bólu w boku prawym zgłasza się u lekarza podając, że wieczorami miewa gorączkę. Lekarz gorączki niestwierdza (godzina 12), natomiast zauważył nieznaczne wypuklenie się okolicy VIII i IX żebra prawego—przy bolesności tego miejsca. Kaszel nieznaczny. Nieznaczne przytłumienie w szczycie prawym.

Rtg. Szczyt prawy intensywnie zaciemniony, przepona po stronie prawej gorzej widoczna. Kąt przeponowy prawy nie ostro konturowany, nie wyjaśnia się całkowicie.

Rtg. 15. VI. stwierdza i w dalszym płacie płuca prawego kilka dużych rozlanych plam o średniem nasyceniu. Cienie wnękowe powiększone i zagęszczone. Dolny biegun wnęki prawej wysyła liczne zgrubiałe smugi do przepony. Przepona prawa nieruchoma. Kąt przeponowo-żebrowy prawy nie otwiera się przy wdechu. Części kostne żeber nie wykazują zmian dostrzegalnych.

Rtg. 8. VII. Żebra strony prawej bez zmian.

17. VII. Na wniosek lekarza rejonowego zgłasza się do szpitala powszechnego. Resekcja żebra VIII strony prawej. Rozp. Caries-costae jako następstwo urazu z dnia 27. IV.

7. VIII. Opuszcza szpital. Lekarz rejonowy obejmuje leczenie w domu chorego. Nie kaszle, prawie że nie poci się. Temp. waha się między 36.5^0 rano a 39.5^0 wieczor. Bolesność całego boku lewego. Przytłumienie szczytu prawego do obojczyka z tyłu do grzebienia łopatki. W pasze prawej przytłumienie od żebra VI aż do dołu. W miejscach przytłumionych wdech szorstki, wydech przedłużony, rzężeń brak. Tony serca głuche, tętno 120 n/m, słabo napięte. Jama brzuszna bez zmian. Mocz normalny. Blizna początkowo miała dążność do gojenia się, po kilku dniach — ropieje, naokoło skóra brzęknie i okazuje proces zapalny.

17. VIII. Badają lekarze rejonowi, lekarze kolejowi — internista i chirurg.

Status praesens jak poprzednio. Rozpoznanie. Zmiany włókniste specyficzne płata górnego płuca prawego, zrosty opłucnowe prawostronne. Stan po wyjęciu części żebra prawego z przetoką, w miejscu rany pooperacyjnej. Stan gorączkowy z powodu zakażenia wtórnego. Tło sprawy specyficzne T. B. C. Osteomyelitis costae t. b. c.?

Nie można wykluczyć związku przyczynowego z doznanym urazem. Dalsze leczenie szpitalne wskazane.

23. VIII. Przewozi się chorego do szpitala Kasy Chorych we Lwowie, gdzie stwierdzono na wysokości żebra VIII prawego przetokę wydzielającą gęstą ropę zielonawo-żółtawą.

Stłumienie zupełne od kąta łopatki prawej w dół, zniesienie szmerów oddechowych po tej stronie. Płuco lewe bez wyraźnych zmian, zaostrzenie szmerów oddechowych. Temp. 39,0^0, tętno 120 n/m. Ogólny stan lichy.

24. VIII. Rtg. Szczyt prawy — modzelowate zgrubienie opłucnej, widoczne smugowate zagęszczenia, w środkowej części pola płucnego

rozsiane, drobne, częścią zwapniałe, plamkowate zagęszczenia. Dolna część pola płucnego tuż nad przeponą zaciemniona. Kontur przepony w części brzusznej nie widoczny (zrosty). W polu płucnem lewem w szczycie obłoczkowate, nieostre zagęszczenia. Żebra V. X. XI po stronie prawej wykazują drobne rozrzedzenia.

20. VIII. Resekcja żeber od VI do XI. Opłucna ścienna silnie zgrubiała pokryta nalotami, w jednem miejscu ognisko ropne, nacieki zapalne i jamy rozpadowe, sięgające do kręgosłupa częściowo przechodzące na trzony kręgów.

Badanie ropy wykazuje makroskopowo grudki i nitki promienicy, co potwierdza i badanie mikroskopowe. Hodowla jałowa.

Badanie plwociny nie wykazało prątków Kocha ani też promienicy.

Pod wpływem naświetlań Rtg. i jonizacji stan chorego poprawiał się zwolna.

20. X. Chory na własne żądanie opuszcza szpital i wraca w domu pod opiekę lekarza rejonowego. Komisja rejonowa odbyta w dniu 31. X. 1932. wydaje następujące orzeczenie:

Protokół Komisji lekarskiej rejonowej z dn. 30 października 1932 r.

Rozpoznanie: Caries actinomycotica costarum thorac. dextr. Resekcja żeber VIII. IX. X. XI. XII.

Mężczyzna wzrostu średniego, wychudzony, ciepłota ciała 38,0^{0}, tętno 112 n/m. Klatka piersiowa po stronie prawej zapadnięta, mało ruchoma. Skóra prawej str. klatki piersiowej od linji sutkowej aż po dolny koniec łopatki, zgóry od pachy do granicy dolnej żeber w całości naciekła, nieprzesuwalna, zaczerwieniona. Dotknięcie i ruchy bardzo bolesne. Na skórze blizna łukowata łukiem zwrócona ku dołowi od 4 żebra po 12 żebro, częściowo tylko podgojona. Na niej liczne przetoki, wydzielające płyn ropy o specyficznej woni. Druga blizna w środku łuku po pierwszej operacji, obecnie także z kilkoma przetokami ropnemi. Wypuk nad prawem płucem prawie w całości stłumiony. Jeżeli chodzi o związek przyczynowy pomiędzy chorobą obecną a wypadkiem, który badany doznał w dniu 27. IV. b. r. pod postacią uderzenia w tenże prawy bok kluczem przy przykręcaniu śruby, należy przyjąć, że związek taki istnieje. Przypadki promienicy na klatce piersiowej są rzadkie, a choroba ta atakuje głównie gruczoły, szczękę dolną, płuca, brzuch i powłoki brzuszne od strony wewnętrznej, drogą przedostania się zarazków przez pokarmy lub aspiracje. Przeto można przyjąć, że choroba rozwinęła się tak szybko tylko

dzięki „locus minoris resistentiae“ w miejscu urazu. Przy uderzeniu w następstwie wypadku musiało nastąpić uszkodzenie okostnej żeber i opłucnej i w tem miejscu musiała się rozwinąć infekcja jako miejscu mniej odpornem. W innem miejscu przerzutów niema. Polepszenie z powodu ciężkiego wypadku niemożliwe, a sepsis śmiertelna może nastąpić w najbliższym czasie.

Procent niezdolności do pracy wynosi 100%.

Protokół Komisji lekarskiej Głównej dnia 10 listopada 1932 r.

Rozpoznanie: Aktinomikoza (promienica).

Komisja Główna dnia 10 listopada 1932 po zbadaniu aktów sprawy i na podstawie poprzednich badań oddzielnych, dokonywanych w różnych czasach przez poszczególnych członków Komisji, doszła do przekonania, że: zakażenie promienicą musiało mieć miejsce jeszcze przed wypadkiem lub w krótkim czasie po wypadku, bez żadnej zależności od tego. Stwierdzenie przez lekarza rejonowego w dniu 29. IV. b. r. objawów suchego zapalenia opłucnej mogło być natury urazowej, nie wykluczając istnienia też w tem miejscu zmian promieniowych, które drogami limfatycznemi mogły przejść z gruczołów wnękowych na opłucną. O istnieniu tej drogi zachorzenia przekonywa nas wynik prześwietlenia Roentgenowskiego dnia 15 czerwca 1932 r. Zmiany promienicowe żeber — jak wskazują dotychczasowe opisy przypadków w literaturze — nie są nigdy natury pierwotnego zachodzenia, natomiast następstwem zmian toczących się w bezpośredniem otoczeniu żeber, które tam doszło w tym wypadku drogami limfatycznemi z góry. Doznany uraz mógł ułatwić szybszy rozwój zmian promienicowych w tem miejscu, nie mógł natomiast być bezpośrednią przyczyną ich powstania.

Gdyby nie było urazu badany mógłby z istniejącą promienicą pracować przypuszczalnie jeszcze około 2 lat.

Ogólna utrata zdolności do pracy zarobkowej 100% z czego na wypadek doznany w służbie odliczyć należy 75%

Dnia 13 grudnia 1932 r. chory umiera.

Zapiski lekarza rejonowego, protokół Komisji rej., szpitalna historja chorego — pozwalają nam stworzyć obraz przebiegu promienicy u pracownika X. od samego prawie jej rozwoju.

Obraz ten, mimo pewnych braków, jest dla lekarzy w ogólności

a dla nas lekarzy kolejowych w szczególności z wielu względów pouczającym. Mając w pamięci całokształt musimy sobie zadać kilka pytań a mianowicie:

1) Czy zakażenie promienicą nastąpiło przez drogi oddechowe czy przez skórę (uraz).

2) Gdzie znajdowało się pierwotne ognisko promienicy.

3) Czy obok promienicy było jeszcze inne cierpienie mogące zaciemniać obraz.

4) Czy zakażenie promienicą nastąpiło w czasie urazu przed lub dopiero po urazie.

5) Czy zajście śmiertelne wskutek szybkiego rozwoju promienicy było w związku przyczynowym z doznanym urazem.

6) Czy wczesne rozpoznanie promienicy było możliwe i na jakie trudności napotkało rozpoznanie.

Ad 1) Pracownik X. przed wypadkiem (1932), prócz krótkotrwałego o lekkim przebiegu zapalenia opłucnej, nigdy nie chorował. Lekarz, badając chorego zaraz po wypadku, stwierdza tylko suche zapalenie opłucnej strony prawej i nieznaczne przytłumienie szczytu prawego bez zmian przysłuchowych. Wynik badania zasługuje na wiarygodność, bo lekarza tego znam jako lekarza uzdolnionego, sumiennego i obowiązkowego. Objawy pleurytu po kilku dniach ustępują i pracownik X. powraca do służby. Gdyby promienica była usadowiona już wówczas w szczycie prawym, musiałyby być wyraźniejsze zmiany nietylko wypadkowe ale i przysłuchowe a tych nie było. Pracownik X. wprawdzie pracuje po wypadku ale mu zaczyna dokuczać ból w boku prawym (miejsce urazu). Rtg. w miesiąc po wypadku, w płucach prócz lekkiego zaciemnienia nie znajduje nic uwagi godnego — natomiast występują zmiany na opłucnej a mianowicie przepona po stronie prawej jest gorzej widoczna, kąt przeponowy nie jest ostro konturowany, nie wyjaśnia się całkowicie. O wnęce Rtg nic nie wspomina. Wobec takiego obrazu przypuszczać należy, że w płucach nie toczą się żadne poważniejsze zmiany, zajęta jest tylko opłucna. W pieć tygodni po wypadku — a więc w tydzień po prześwietleniu pierwszem, Rtg. wykazuje cienie wnękowe powiększone, zagęszczone, dolny biegun wnęki wysyła liczne zgrubiałe smugi do przepony, prawy dolny płat płuca ma kilka dużych rozlanych plam. Przepona prawa nieruchoma, kąt przeponowy prawy nie otwiera się. Żebra po stronie prawej bez zmian. Szczyt płuca prawego jak podczas pierwszego prześwietlenia. W trzy miesiące po wypadku wypuklanie się okolicy VIII żebra, następuje resekcja. Komisja rejonowa złożona z internisty i chirurga rozpoznaje stare zmiany włókniste szczytu

prawego, zrosty opłucnowe prawostronne, próchnicę żebra na tle T. B. C. ze znakiem zapytania. Ciężki stan chorego uważają przypuszczalnie jako następstwo zakażenia septycznego. W krótkim czasie potem resekcja dalszych żeber. Makroskopowo i mikroskopowo badanie ropy wykazuje promienicę. Z całą pewnością wykluczyć można zakażenie promienicą przez skórę wskutek urazu na parowozie. Nie było bowiem sposobności zakażenia się promienicą, pracownik był w ubraniu i nie było żadnych śladów otarcia skóry. Zakażenie zatem mogło nastąpić tylko przez jamę ustną, i to drogą oddechową lub pokarmową. Ponieważ nie było żadnych objawów ze strony dróg pokarmowych, przeto zakażenie musiało nastąpić tylko przez drogę oddechową.

Ad 2) Gdzie było ognisko pierwotnego zakażenia?

Wiemy, że promienica zazwyczaj rozwija się w jamie ustnej (szczęka), skąd wychodzi zakażenie wtórne. U pracownika X. w jamie ustnej niestwierdzono żadnych objawów chorobowych. Zakażenie przeto nastąpić musiało tylko przez aspiracje promienicy, która usadowiła się albo w szczycie prawym lub wnęce. Kierując się wynikami prześwietlenia Rtg. i badaniem fizycznem przypuszczać należy, że promienica usadowiła się we wnęce i tam było jej pierwotne ognisko, skąd nastąpiły przerzuty na dolny płat płuca prawego, opłucnej i żebra. Zakażenie przeto promienicą nie nastąpiło przez skórę i nie spowodował go uraz, lecz promienica drogą oddechową dostała się do wnęki i stąd nastąpił dalszy jej rozwój.

Ad 3) Ponieważ ani Rtg., ani badanie fizykalne płuc, ani badanie na laseczniki Kocha—nie upoważniają nas do przypuszczenia, że w drogach oddechowych były zmiany typowo gruźlicze, przeto twierdzić możemy, że u danego osobnika rozwijała się tylko promienica.

Ad 4) Z wyżej naprowadzonych wykluczyć musimy, że promienicą mógł się dany osobnik zakazić w czasie urazu,—mogło ono nastąpić tylko przed i po urazie. Dosyć szybki rozwój choroby zaraz po urazie raczej, każe przypuszczać, że zakażenie nastąpiło jeszcze przed urazem, zbyt krótki bowiem był czas od urazu do rozwoju takiego promienicy, jaki stwierdzono przy wtórnej resekcji żeber.

Ad 5) Wychodząc z założenia tego, że pracownik X. nosił w sobie ognisko promienicy usadowione we wnęce, które nie dawało żadnych objawów chorobowych, a dopiero po urazie w bok zaczęły szybko występować rozległe zmiany we wnęce płuca, opłucnej i żebrach—przypuszczać należy, że uraz dosyć znaczny, powodujący ostre zapalenie opłucnej, mógł spowodować przyśpieszenie rozwoju promienicy, która natrafiając na locus minoris resistentiae—a na dobre pod-

łoże zaczęła się szybko rozwijać podobnie jak to się dzieje i przy gruźlicy. Uraz sam zatem nie spowodował zakażenia promienicą lecz spowodował jej szybszy rozwój i przyśpieszył zejście śmiertelne, które nastąpić by i tak musiało ale może w czasie późniejszym.

Ad 6) Czy wcześniejsze rozpoznanie promienicy było możliwe i kiedy?

Ani zawód chorego, ani powód choroby, ani też pierwsze objawy chorobowe nie dały powodu nawet do przypuszczenia, że może się tu mieć do czynienia z promienicą. Pracownik X. ma wprawdzie nieznaczne tylko zmiany i to stare szczytowe — uderza się w bok, występuje pleuryt i caries costae—musiało narzucać się rozpoznanie gruźlicy kości. Takie samo rozpoznanie postawiliby i klinicyści. Skoro jednak zrobiono już pierwszą resekcję żebra, trzeba było już wtedy zbadać ropę i prawie napewno już wtedy ustalono by rozpoznanie Powinna była to zrobić i Komisja rejonowa, widząc ciężki obraz chorego i to tem bardziej, że rozpoznając caries costae T. B. C. dali znak zapytania. Zatem nie byli pewni rozpoznania. Widocznie do rozpoznania gruźlicy żebra i opłucnej coś jeszcze brakowało — a skoro brak było danych do pewnego rozpoznania, trzeba było badaniami dodatkowemi wyszukać przyczynę choroby, lecz wcześniejsze rozpoznanie choroby, chorego by i tak nie uratowało, bo promienica nie wyszła z żebra lecz z wnęki.

O kolonje lecznicze dla dzieci pracowników kolejowych

Dr. A. DORTORT
pedjatra DOKP w Stanisławowie

Opieka nad dzieckiem, której zrozumienie w ostatnich latach tak bardzo się wzmogło, ma ogromne znaczenie społeczne. Dzieci — przyszłość narodu — stanowią bezcenny skarb każdego społeczeństwa, skarb, który można łatwo i nieopatrznie roztrwonić. To też troska o zdrowie ciała i ducha młodzieży, jej tężyznę fizyczną i moralne wychowanie zaprząta stale myśl odpowiedzialnych czynników Państwa. Instytucje opieki nad dzieckiem sięgają dziś daleko i szeroko, obejmują życie dziecka niemal od dnia jego urodzenia, starają się pozyskać dla swych celów rodziców, wychowawców, lekarzy i wszelkie organizacje społeczne. Opieka nad dzieckiem pracownika kolejowego nie pozostaje w tyle poza temi poczynaniami całego społeczeństwa. Dla młodych matek istnieją poradnie, udzielające wskazówek dotyczących odżywiania i pielęgnacji niemowląt; dla dzieci w wieku przedszkolnym tworzy się przedszkola, w których doświadczone wychowawczynie opiekują się dzieckiem wedle nowoczesnych zasad wychowawczych; dzieci w wieku szkolnym mają w czasie feryj wakacyjnych na kolonjach letnich możność wypoczynku i sposobność nabrania sił do pracy szkolnej. W razie zachorowania dziecka stoją do dyspozycji ambulatorja, szpitale i sanatorja.

Do całokształtu opieki nad dzieckiem należy kontrola i ciągła obserwacja dzieci cierpiących na przewlekłe schorzenia. Na pierwszem miejscu należy tu wymienić gruźlicę. Jednorazowa czy nawet wielokrotna porada lekarska nie rozwiązuje zagadnienia: należy nie tylko zwalczyć świeże zakażenie, ale wzmocnić organizm, uodpornić go na nową infekcję, usunąć dziecko chore z otoczenia gruźliczego choćby na krótki czas w tym okresie, gdy ono niedomaga, poddać leczeniu rodziców dziecka, wreszcie przyswoić dziecku higjeniczny

tryb życia. Zapewniwszy w ten sposób dziecku choremu lub eksponowanemu na zakażenie gruźlicze ciągłego leczenia i opieki będziemy mogli powiedzieć, że zrobiliśmy wszystko, by je wyrwać ze szponów tej tak groźnej choroby. Z pośród wielu środków dążących do tego celu należy na naczelnem miejscu wymienić kolonje lecznicze. Dotychczasowe poczynania w urządzaniu kolonij dla dzieci pracowników kolejowych miały do niedawna charakter akcyj doraźnych. Ostatnio przebija się chęć zogniskowania dążeń pojedyńczych okręgów dyrekcyjnych, a tem samem wyłaniają się nowe możliwości i udogodnienia wspólnej na większą skalę zakrojonej akcji.

Pobyt na kolonjach ma wybitny wpływ na rozwój przewlekłych chorób, a tem samem i gruźlicy dzięki działaniu naturalnych sił przyrody: klimatu i wody. Nowsze badania starają się uzasadnić naukowo empirycznie już dawno uznaną wartość klimatoterapji. Wiemy o tem, że ustrój zaatakowany przez chorobę musi zmobilizować swe siły obronne, by ją przezwyciężyć. Naskutek tej ciągłej walki z czynnikiem chorobotwórczym znajduje się organizm w stanie wzmożonej czujności zwanej nadwrażliwością. Stan taki nie zawsze jest nabyty: często spotykamy osoby, które od urodzenia wykazują bardzo wzmożoną pobudliwość; mówimy wtedy o t. zw. skazach (wysiękowa, neuropatyczna). Nadwrażliwość wzmaga przemianę materji komórek tkankowych i wyczerpuje organizm, trwoniąc jego siły żywotne. Nadwrażliwość ustępuje albo dzięki zupełnemu usunięciu bodźca chorobowego albo też przez podwyższenie progu pobudliwości komórek ustroju. Ma to specjalne znaczenie w chorobach przewlekłych. Metody prowadzące do tego celu są dwojakie: uspokajające i drażniące. W pierwszym wypadku zaordynujemy choremu spokój, łatwostrawne odżywianie, usunięcie od wzruszeń i wytężających zajęć, wyjazd w okolicę o łagodnym klimacie. W drugim zastosujemy z początku lekkie bodźce stopniowo wzmagając ich nasilenie, tak by chory się nauczył reagować na nie w sposób nie odbiegający od reagowania człowieka zdrowego n. p. kąpiele ciepłe lub zimne, naświetlania słoneczne, pobyt w okolicy górskiej ewentualnie proteinoterapję. Przez takie systematyczne ćwiczenie ustroju uzyskujemy wzmożenie odporności komórek wobec czynników chorobotwórczych.

W obu wypadkach jak widzimy odgrywa klimat dużą rolę. W pierwszym rzędzie chodzi tu o działanie promieni słonecznych, które wywierają zbawienny wpływ na organizm dzięki obecności w nich promieni cieplnych i pozafiołkowych. Dalej uwzględnić musimy działanie powietrza (wiatry, wilgotność, czystość), a wreszcie

wpływ ukształtowania powierzchni ziemi (góry, rzeki, morza, roślinność), wszystkie te czynniki mogą w najrozmaitszy sposób się splatać i dać w efekcie pewien określony zespół warunków klimatycznych danej okolicy, oznaczając jej wartość leczniczą. Ze względu na wzniesienie ponad poziom morza rozróżniamy klimat morski, nizinny i górski. Każdy z tych klimatów ma cechy charakterystyczne, które mają znaczenie dla przyrodolecznictwa.

Klimat górski. Główną cechą klimatu górskiego jest niskie ciśnienie powietrza oraz większe nasilenie działania słonecznego dzięki temu, że promienie pozafiołkowe nie zostały rozproszone, a to wskutek suchości i czystości powietrza górskiego Ponadto w klimacie górskim panują częste i zmienne wiatry, a amplituda wahań temperatury dobowej jest większa niż na nizinach. Klimat górski ma wpływ przedewszystkiem na narządy krążenia i oddychania, następnie na przemianę materji i na układ nerwowy współczulny. Oddziaływanie klimatu górskiego na ustrój jest wybitnie drażniące. Nadaje się więc do leczenia tych stanów chorobowych, w których chodzi o ćwiczenie i pobudzenie narządów. A więc skierujemy w okolice górskie ozdrowieńców, dzieci o słabo rozwiniętym kośćcu i muskulaturze, otyłe o złej przemianie materji, chore na dychawicę oskrzelową, obrzęk gruczołów chłonnych, gruźlicę stawów i kości.

Znaczenie lecznicze *klimatu morskiego* polega na rozmaitych czynnikach klimatologicznych. I tak wahania ciepłoty są nad morzem łagodniejsze niż w głębi kraju, powietrze jest bezwzględnie czyste, nasycone w dużym stopniu wilgocią, prądy powietrzne są bardzo wydatne ale równomierne. Kąpiele morskie wywierają swój wpływ leczniczy przez zawarte w wodzie sole mineralne (przez co uczulają ciało na działanie promieni słonecznych) oraz dzięki mechanicznemu działaniu masujących ciało fal. Wreszcie słońce, którego promienie trafiają wprawdzie na zaporę w postaci pary wodnej, lecz dzięki czystości powierza nie tracą na intensywności — przy współudziale poprzednio wspomnianych czynników—spełnia doniosłą rolę momentu łagodnie pobudzającego i regulującego czynność narządów oddechowych, naczyniowych, krwiotwórczych, gruczołowych i nerwowych. *Wskazania* lecznicze dla klimatu morskiego są:

1) Skaza wysiękowa, skaza lymfatyczna, przerost adenoidów.

2) Schorzenia gruczołów chłonnych na tle gruźliczem, gruźlica skóry (tbc. verrucosa cutis, lupus scrophuloderma),

3) Recydywające nieżyty górnych dróg oddechowych.

4) Nerwica ogólna, uporczywy brak łaknienia, hypotonia, niedokrwistość.

Przeciwskazania: otwarta gruźlica, przebyta gruźlica wysiękowa błon surowiczych, otitis media perforativa, dychawica oskrzelowa, schorzenia nerek i międniczek nerkowych, zaburzenia gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (dzieci blade, tłuste i nalane).

Przechodząc do omówienia akcji w kierunku wysyłania dzieci pracowników kolejowych do uzdrowisk należy zaznaczyć, że odróżniamy trojakiego rodzaju urządzenia: kolonje wypoczynkowe, kolonje lecznicze oraz sanatorja.

Pierwsze mają za zadanie wzmożenie sił fizycznych i psychicznych młodzieży. Kolonje te osiągają swój cel przez usunięcie szkodliwych czynników środowiska miejskiego, a dostarczenie posilnego i zdrowego odżywiania, umożliwienie korzystania w dowolnej ilości ze słońca, powietrza i wody, dalej przez higjeniczny tryb życia, wreszcie dzięki wychowawczemu wpływowi instruktorów. Miejsce założenia kolonji wypoczynkowej winno się znajdować w obrębie danego okręgu dyrekcyjnego. Wchodzi tu bowiem w rachubę—prócz czynników technicznych, które głównie za tem przemawiają— troskliwość rodziców o swe potomstwo. Rodzice pragną bowiem przez częste odwiedziny dbać nadal o dobro swych dzieci, wysłuchać ich trosk, zaspokoić potrzeby, ingerować w razie choroby dziecka na kolonji itd. Kierownictwo kolonji powinno się starać o jaknajżywszy kontakt z rodzicami, gdyż moment wychowawczy gra tu dużą rolę, zwłaszcza jeśli chodzi o dalsze zachowanie się dziecka po ukończeniu kolonji. Czas pobytu dziecka na kolonji wynosi o ile możności 6—8 tygodni, wiek 7—14 lat. Program zajęć musi być tak ułożony, by z jednej strony zostawiał wiele swobody dziecku, z drugiej zaś by przez pogadanki, ćwiczenia cielesne i zabawy umożliwił osiągnięcie celu kolonji wakacyjnej. Kierownictwo składa się z doświadczonych pedagogów, którzy mają do pomocy odpowiednią ilość należycie wyszkolonych sił pomocniczych. Opieki lekarskiej udziela dochodzący lekarz, który stwierdza stan zdrowia uczestników na początku i na końcu kolonji oraz leczy chorych.

Zupełnie inne znaczenie i na innych podstawach winne być zbudowane *kolonje lecznicze*. Podczas gdy na pierwsze przyjmuje się wszystkie naogół dzieci, na kolonje lecznicze posyła się dzieci chore lub zagrożone chorobą wedle ścisłych wskazań lekarskich. Tu więc lekarz ordynujący przeprowadza segregację dzieci, ustala przyczynę dla której skierowuje się dziecko na kolonję, określa w przybliżeniu czas i kierunek leczenia. Na kolonji leczniczej przez cały czas jej trwania jest czynny lekarz specjalista. Skupia on w swem ręku całokształt zagadnień związanych z pobytem dziecka na kolonji. Opiera-

jąc się na dotychczasowych wynikach obserwacji lekarza rejonowego względnie pedjatry, który dziecko na kolonję skierował, przeprowadza odpowiednie leczenie. Ma możność na podstawie kilkotygodniowej całodziennej obserwacji chorego urobić sobie obraz danego schorzenia na tle indywidualnej konstytucji pacjenta i w ten sposób wskazać w jakim kierunku należy kontynuować leczenie. Po ukończeniu kolonji podaje pisemnie lekarzowi ordynującemu swe spostrzeżenia oraz przebieg kuracji każdego dziecka zosobna. W ten sposób uzyskuje się właściwy cel o który tu chodzi: porozumienie między lekarzem ordynującym i kolonijnym dzięki czemu umożliwia się *ciągłość leczenia.*

Z powyższych uwag wynika, że istnieją rozmaite *wskazania* wedle których wysyła się dzieci na kolonje lecznicze. Stąd też muszą istnieć różnego rodzaju kolonje zależnie od schorzenia. Przedewszystkiem należy odróżnić kolonje dla dzieci gruźliczych i niedotkniętych gruźlicą. To rozgraniczenie ma swe specjalne znaczenie ze względu na możliwość zakażenia, jakoteż z powodu odmiennych dróg leczniczych. Kolonje dla dzieci zagrożonych gruźlicą dzielą się na:

a) kolonje dla dzieci z gruźlicą płuc przebiegającą z podniesioną ciepłotą;

b) kolonje dla dzieci po niedawno przebytem zakażeniu gruźliczem: ognisko pierwotne, epituberculosis, lymphadenitis peribronchialis, peritonitis tbc., arthritis tbc., scrophulosis, tbc. cutis;

c) kolonje dla dzieci po dawno przebytej infekcji, a zagrożonych superinfekcją względnie osłabionych chorobami: ozdrowieńcy po odrze, kokluszu, grypie, zapaleniu płuc, dzieci niedożywione o skąpej podściółce tłuszczowej, z niedokrwistością, przebytą krzywicą, ze skazą wysiękową, przerostem adenoidów, w końcu cierpiące na powtarzające się nieżyty górnych dróg oddechowych. Wszystkie te dzieci są specjalnie wrażliwe na wtargnięcie zarazka gruźliczego; zadaniem kolonji leczniczej będzie w pierwszym rzędzie leczenie istniejących schorzeń, a dalej wzmożenie odporności dziecka, poprawa odżywienia, zahartowanie fizyczne i psychiczne, oraz przyzwyczajenie dziecka do trybu życia odpowiadającego danej chorobie. Po powrocie z kolonji należy poinformować rodziców jak mają nadal postępować, by z jednej strony uchronić dziecko od możliwości rozszerzenia się gruźlicy w organizmie dziecka, z drugiej zaś by nie zabierać rozwijającemu się dziecku pełnej radości życia przez zbyt daleko posuniętą troskliwość i obawę o przeziębienie. Należy określić jakie

sporty może dane dziecko uprawiać, a jakich ma unikać, jak je należy ubierać, odżywiać, pielęgnować.

Kolonje lecznicze dla dzieci cierpiących na schorzenia niegruźlicze dotyczą dzieci dotkniętych kiłą, chorobą serca, stawów, dychawicą oskrzelową, cierpiących na nieżyty dróg oddechowych, nieżyty jelit, niedożywienie, niedokrewność, przerost adenoidów, brak łaknienia i nerwicę ogólną.

Urządzenie kolonji leczniczej musi odpowiadać celowi, który ma być osiągnięty. Okolica, budynek, miejsce dla zabaw, kąpieli itd. muszą być należycie dobrane. Pomieszczenie wygodne i obszerne dające się łatwo utrzymać w czystości. Wikt smaczny, obfity i urozmaicony, bezwzględnie nie ograniczony lecz dostosowany do indywidualnych potrzeb dziecka. Kierownictwo fachowe spoczywa w rękach lekarza, który ma do dyspozycji odpowiednio wyszkolony personel. I tu należy prócz zabiegów leczniczych wiele trudów poświęcić wychowaniu dzieci, wypełnienie ich wolnego czasu zabawami, czytankami, rozrywkami wszelkiego rodzaju, by dnie im upływały przyjemnie, co dla całokształtu leczenia ma duże znaczenie. Zwłaszcza w początkowym okresie pobytu dziecka na kolonji należy podkreślić ten moment wychowawczy, gdyż aklimatyzacja stawia wobec młodego organizmu duże wymagania, którym dzieci o słabiej rozwiniętej konstrukcji fizycznej tylko z trudem mogą podołać. Kierownictwo kolonji musi dołożyć wszelkich starań, by kolonja spełniła pod wszelkiemi względami swe zadanie, gdyż od tego zależy zdobycie pełnego zaufania rodziców. Jest to bardzo ważny moment — rodzice powierzając swe dzieci instytucji odległej od ich miejsca zamieszkania niejednokrotnie setki kilometrów, pragną mieć pewność, że oddali je w należyte ręce. Kierownictwo kolonji zawiadamia co tydzień komitet każdej Dyrekcji o postępach leczenia i stanie zdrowia dzieci wysłanych z danego okręgu dyrekcyjnego na kolonję. Tą drogą mogą też rodzice dowiedzieć się o zachowaniu się dziecka na kolonji. Kolonja lecznicza jest czynna w miesiącach od maja do września i od grudnia do lutego. Czas pobytu dziecka zależy od rodzaju choroby.

Trzecią wreszcie instytucją, w której umieszcza się chore dzieci są sanatorja. Skierowujemy tu dzieci wymagające specjalnej indywidualnej opieki, gorączkujące i osłabione, a więc potrzebujące długotrwałej kuracji, wreszcie dzieci zakaźne dla otoczenia. Sanatorja są otwarte przez cały rok, mają specjalne urządzenia lecznicze i sztab lekarzy specjalistów.

Badanie dzieci na kolonję odbywało się dotychczas tuż przed

rozpoczęciem kolonji. Tego rodzaju jednorazowy przegląd nie może dać należytego obrazu stanu zdrowia i potrzeby wyjazdu. Należy dzieci *obserwować przez cały rok*, rejestrować przebyte choroby i na tej podstawie zadecydować o tem kiedy i jakiego rodzaju kolonję dziecko potrzebuje. W ten sposób decyzja wyjazdu ma swe realne uzasadnienie, a nie zależy od czynników przypadkowych. Przed wyjazdem na kolonję przeprowadza się ostateczne badanie dziecka, określając jego wagę, wzrost, obwód klatki piersiowej, stan odżywienia (podściółka tłuszczowa), wynik badania narządów. Teraz następuje przydział dzieci na poszczególne kolonje zależnie od wskazań. Dzieci blade, nalane i tłuste, cierpiące na wysiękowe nieżyty oskrzelowe, dychawicę wysyłamy chętniej w okolice górskie; dzieci asteniczne, wątłe z pobudliwym okładem naczynioruchowym—w okolicę podgórską lub nad morze; dzieci ze skazą wysiękową, przebytą krzywicą—nad morze. Na kolonje wypoczynkowe i lecznicze nie mogą wyjechać dzieci cierpiące na choroby zakaźne (gruźlica otwarta, jaglica, choroby skórne), niewyrównane wady serca i choroby umysłowe. Wskazanem jest, by u dzieci przeprowadzić próbę tuberkulinową Pirqueta i prześwietlenie promieniami Roentgena. Sześć tygodni przed kolonją można wykonać szczepienia ochronne przeciw płonicy i błonicy. W Dyrekcji Stanisławowskiej przeprowadza się je obowiązkowo. Po powrocie z kolonji poddaje się dzieci kontrolnemu badaniu: w pierwszej mierze chodzi o stwierdzenie przyrostu na wadze. Ale nie jest to najważniejsze. Niektóre bowiem dzieci nie dobierają na kolonji z powodu przebytej tamże niedyspozycji lub zbytniej tęsknoty za domem rodzicielskim. Większe znaczenie przypisujemy *zwiększeniu odporności* dziecka: mniejsza zapadalność, zwłaszcza jeśli chodzi o nieżyty górnych dróg oddechowych i anginy jest cennem następstwem leczenia klimatycznego na kolonjach. W większości wypadków zostaje też po powrocie do domu przez dłuższy czas zwiększony apetyt.

Akcja w celu urządzania kolonij leczniczych dla dzieci pracowników kolejowych powinna obejmować wszystkie okręgi dyrekcyjne. Technicznie możnaby ją przeprowadzić w następujący sposób: w każdej siedzibie Dyrekcji organizuje się komitet, którego zadaniem jest a) dostarczenie środków materjalnych do urządzenia i utrzymania kolonji, b) dobór dzieci przeznaczonych na kolonje, c) transport dzieci na miejsce przeznaczenia, d) utrzymywanie kontaktu z centralą w Warszawie, poszczególnemi kolonjami i rodzicami. W Warszawie znajduje się centrala, która ustala budżet kolonji, ilość miejsc dla dzieci, sprawuje nadzór lekarski nad kolonjami. Jej też obowiąz-

kiem jest porównywanie wyników leczenia poszczególnych kolonij, wskazywanie na ewentualne polepszenia czyto w dziedzinie wychowawczej, leczniczej czyteż gospodarczej. Na podstawie doświadczeń i badań kontrolnych koryguje centrala indykacje, odnoszące się do wysyłania dzieci w okolice o klimacie górskim względnie morskim.

Wybór uzdrowiska, w którem należałoby założyć kolonje lecznicze zależy od całego szeregu warunków. Pożądanem by było zbudować kolonję w różnych okolicach kraju, by wyzyskać rozmaite cechy klimatu górskiego i morskiego Znanym bowiem jest fakt, że w wielu wypadkach ma znaczenie nie tylko klimat jako taki ale jaknajradykalniejsza zmiana tegoż. I tak dzieci, mieszkające w suchych okolicach górskich lub podgórskich, odczuwają dotkliwiej zmianę warunków klimatycznych jeśli przeniesie się je nad morze, niż dzieci mieszkające na nizinach, w okolicy rzek lub jezior. Ponadto wiemy, że prócz wskazań bezwzględnych, uwarunkowanych charakterem schorzenia istnieją jeszcze wskazania zależne od konstytucji dziecka, stanu odżywienia i t. p. I tak n. p dzieci dotknięte zołzami czują się dobrze jużto w klimacie podgórskim już też morskim; zależy to od budowy dziecka, gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, pobudliwości nerwowej itd. Wkońcu musimy wziąść pod uwagę możność wykorzystania kolonji; pobyt nad morzem jest możliwy jedynie w lipcu, sierpniu i conajwyżej wrześniu. Optimum zaś działania klimatu górskiego przypada na miesiące zimowe i letnie. Nasilenie zaś chorób gruźliczych dochodzi do szczytu w okresie wiosennym; w tej też porze zapotrzebowanie kolonij leczniczych byłoby bodaj największe. Sabatowski zwrócił na to uwagę, że istnieje w Polsce zakątek, którego klimat mógłby do pewnego stopnia zastąpić działanie mórz południowych—jest to *jar Dniestru*. Dzięki bowiem dużej głębokości, krętemu przebiegowi i bliskości kontynentu wschodnio-europejskiego odznacza się wiosną oraz jesienią suchą, ciepłą i spokojną. Nasilenie promieniowania słonecznego jest najsilniejsze właśnie na wiosnę, a więc w porze, kiedy w całej Polsce jest jeszcze chłodno i deszczowo; jedynie w okolicy Zaleszczyk można wyzyskać ten fakt klimatologiczny.

Na podstawie powyższych rozważań dochodzimy do wniosku, że pierwszym krokiem akcji zbiorowej dla dzieci pracowników kolejowych całej Polski byłoby założenie kolonij leczniczych dla dzieci zagrożonych gruźlicą w okolicy górskiej (Worochta, Rabka), w jarze Dniestru (Zaleszczyki) oraz nad morzem (Hel) i to w najbliższej przyszłości. Zwłaszcza jeśli się zważy, że na tle ogólnego kryzysu pogorszenie warunków ekonomicznych daje się odczuwać też i u pra-

cowników kolejowych. Nierzadko spotyka się dzieci mieszkające w niehigjenicznych mieszkaniach, sypiające często z rodzicami w jednem łóżku, stale narażone na zakażenie gruźlicą i chorobami zakakaźnemi. Do ambulatorjum przychodzą zwykle w późnem stadjum choroby, wyniszczone i trawione gorączką. Na polecenie wyjazdu w okolicę górską lub na wieś odpowiadają rodzice zwykle, że w dzisiejszych warunkach jest to dla nich rzeczą niemożliwą. Pozostaje więc dziecko w domu i leczy się lekarstwami. Wiemy jednak dobrze, że tylko wczesne ujęcie i odosobnienie chorych na gruźlicę może rokować dobre nadzieje wyleczenia. Umożliwią to tylko kolonje lecznicze: tu dwumiesięczny choćby pobyt zrobi więcej niż dziesiątki lekarstw. Stąd też założenie kolonij leczniczych dla dzieci zagrożonych gruźlicą jest właśnie dzisiaj — gdy indywidualne wyjazdy matki i dziecka wskutek pogorszenia warunków materjalnych są tak utrudnione — głosem chwili.

Z pracowni chemiczno-bakterjologicznej
Wydziału Sanitarnego D. O. K. P. w Warszawie

Dotychczasowe wyniki badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej

TADEUSZ STRYJECKI

Sanitarjat Kolejowy Okręgu Warszawskiego, oceniając należycie znaczenie właściwego kwalifikowania kandydatów na pracowników kolejowych, poddaje ich dokładnemu badaniu lekarskiemu. Pozatem kandydaci ci, niezależnie od badania moczu, oddanego na miejscu w pracowni, na białko, cukier i elementy nerkowe, mają badaną krew na odczyn Bordet-Wassarmanna.

Badanie krwi zapoczątkowano w drugiej połowie 1929 roku. Dotąd przeprowadziłem 1750 badań, w liczbie tej było 1629 mężczyzn i 121 kobiet. Żonatych było 608, kawalerów 1021. Zamężnych względnie wdów 31, panien 90.

Podział kandydatów i kandydatek do poszczególnych rodzajów służby kolejowej ilustruje tabelka I-sza. Widzimy tam, że najwięcej kandydatów było do Wydziału Ruchu, Mechanicznego, Drogowego, Handlowo-Taryfowego, do Centralnego Biura Obrach. Wag., Elektrotechnicznego, Osobowego itd. Najwięcej kobiet kandydatek było do Centralnego Biura Obrach. Wag., dalej do W-łu Ruchu, Kontroli Dochodów i t. d.

Wiek kandydatów. Wszystkich kandydatów podzieliłem na 5 grup wieku. W pierwszej grupie pomieściłem kandydatów w wieku od 18—20; w II-ej 21—30; w III-ej 31—40; w IV-ej 41—50; w V-ej 51—60.

Najliczniejsza jest grupa II-ga, najmniejsza V-ta.

Wyniki badań krwi. Na ogólną liczbę 1750 badań wynik dodatni

TABLICA I

Dotychczasowe wyniki badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych Dyr. Warszaw. według przynależności do poszczególnych wydziałów, względnie urzędów.

TABLEAU I

Résultats des examens du sang par la réaction de Bordet-Wassermann chez les candidats aux charges de chemin de fer de la Direction régionale de Varsovie d'après leur classement dans les divisions ou offices particuliers.

Nazwa wydziału wzgl. urzędu / Nom de la division ev. de l'office	Ogólna liczba / Nombre total	Mężczyzn / Hommes	Kobiet / Femmes	Liczba wyników dodatnich / Nombre de résultats positifs: u mężczyzn / hommes	Liczba wyników dodatnich / Nombre de résultats positifs: u kobiet / femmes	Razem wyników dodatnich / Total résultats positifs
Wydział Ruchu / Depart. de la circulation	543	529	14	20	2	22
„ Mechaniczny / „ Mécanique	431	426	5	18	—	18
„ Drogowy / „ des Voies	162	161	1	3	—	3
„ Osobowy / „ du Personnel	80	74	6	5	—	5
„ Handlowo-taryfowy / „ Commerciale et des Tarifs	109	106	3	3	—	3
„ Kontroli Dochodów / „ du Controle des Recettes	31	20	11	—	—	—
„ Prawny / „ Iuridique	9	8	1	1	—	1
„ Zasobów / „ d'Approvisionnement	26	22	4	2	—	2
„ Sanitarny / „ Sanitaire	4	4	—	—	—	—
„ Elektrotechniczny / „ Electrotechnique	82	79	3	1	—	1
„ Kolei wąskotorowych / „ des Voies étroites	7	7	—	—	—	—
„ Finansowy / „ des Finances	14	9	5	3	—	3
Biuro wyrównacze / Bureau de compensation	3	3	—	—	—	—
Ministerstwo Komunikacji / Ministère des Communic.	8	8	—	2	—	2
Biuro Projektów i Studjów P.K.P. w Warszawie / Bureau des Projets et des Etudes P.K.P. à Varsovie	32	31	1	1	—	1
Centralne Biuro Obrach Wagonowych w Warszawie / Bureau Centr. des Décompt. pour Wagon à Varsovie	90	23	67	2	3	5
Stypendyści / Stipendiés affectés aux etudes practiq.	67	67	—	—	—	—
Praktykanci (szkoła techniczna) / École Technique	52	52	—	1	—	1
RAZEM / TOTAL	1750	1629	121	62	5	67

otrzymałem w 67 przypadkach t. j. 3,83%. Mężczyzn z dodatnim B. W. było 62 (3,81%), kobiet 5 (4,13 %). Kawalerów z dodatnim B. W. było 34 (3,3%), żonatych 28 (4,61%). Zamężnych względnie wdów było 3 (9,68%), panien 2 (2,22%). (Tabelka III).

Bardzo charakterystycznie przedstawia się zestawienie wyników dodatnich w zależności od grupy wieku, co uwidocznione jest w tabelce II-ej. Widzimy tam, że liczba wyników dodatnich powiększa się w miarę wzrostu grupy wieku. I tak gdy w grupie I-ej otrzymałem 2,16% wyników dodatnich, to już w II-ej było ich 3,18%, w III-ej 6,72%. W grupie IV-ej następuje spadek do 5,56%. Brak wyników dodatnich w grupie V-ej nic nam oczywiście nie mówi, ze względu na niewielką liczbę obserwacji (21), natomiast wyniki otrzymane w pierwszych czterech grupach są bardzo interesujące.

Stan rodzinny kandydatów z dodatnim B. W.: żonatych bezdzietnych było 15, mających po 1—3 dzieci—13. Z trzech wdów tylko jedna miała jedno dziecko, dwie zaś były bezdzietne. Wszyscy kandydaci, zarówno mężczyźni jak i kobiety, nie przyznawali się do przebytej kiły.

TABLICA II

Dotychczasowe wyniki badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej podług grup wieku.

TABLEAU II

Résultats des examens du sang selon la réaction de Bordet-Wassermann chez les candidats aux charges de chemin de fer de la Direction Régionale de Varsovie d'après les groupes d'âge.

Grupy wieku Groupes d'âge	Ogólna liczba badań Nombre total des examens	Wynik dodatni Résultats positifs	
		W liczbach bezwzględnych Chiffres absolus	W odsetkach Pourcentage % %
Ogółem w tem osoby w wieku: **Total** Personnes a l'age:	**1750**	**76**	**3.38**
18 — 20 lat	139	3	2.16
21 — 30 „	1194	38	3.18
31 — 40 „	324	22	6.79
41 — 50 „	72	4	5.56
51 — 60 „	21	—	—

TABLICA III

Dotychczasowe wyniki badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych Dyrekcji Warszawskiej według grup wieku i stanu cywilnego.

TABLEAU III

Résultats des examens du sang selon la réaction de Bordet-Wassermann chez les candidats aux charges de chemin de fer de la Direction Régionale de Varsovie groupés d'après l'age et l'état civil

Grupy wieku / Groupes d'age	Stan cywilny kadydatów / État civil des candidats							
	Mężczyźni / Hommes				Kobiety / Femmes			
	Kawaler. Garçons	Wynik dodatni Résultat positif	Żonaci Mariés	Wynik dodatni Résultat positifs	Zamężne względnie wdowy Mariées ou veuves	Wynik dodatni Résultat positif	Panny Jeunes filles	Wdnik dodatni Résultat positif
18 — 20 lat	119	3	3	—	—	—	17	—
21 — 30 „	843	26	275	8	13	2	63	2
31 — 40 „	47	4	254	17	15	1	8	—
41 — 50 „	6	1	62	3	3	—	1	—
51 — 60 „	6	—	14	—	—	—	1	—
Ogółem Total	1021	34	608	28	31	3	90	2

Badanie moczu kandydatów. W moczu samo białko stwierdzono 18 razy, białko i elementy nerkowe — 9 razy. Ogółem mocz nieprawidłowy stwierdzono 27 razy (1,5%). Cukru nie stwierdzono ani razu.

Liczby wyników dodatnich u 1750 kandydatów na pracowników kolejowych Okręgu Warszawskiego są mniej więcej zgodne z liczbami otrzymanemi przez badaczy europejskich. Straszyński u 767 mamek otrzymał 4,81% wyników dodatnich, Szczodrowski u rekrutów—4%, Ławrynowicz u położnic—4,6%, Welfle—3%, Ortolani—4,5%, Tambato—5%, Nassau—5%, Reminger-Szegö 2%, Steinert-Flusser w Praskim Zakładzie dla podrzutków 2,29%. W klinice Ginekologicznej U. J. K. we Lwowie, na 2446 badań wynik dodatni otrzymano w 3,2%. Ryll-Nardzewska w klinice Położniczo-Ginekologicznej U. S B. w Wil-. nie na 514 badań krwi wynik dodatni otrzymała w 4,8%, Fiszówna Keller i Stępowski wykazali dla Krakowa 2% Liczby badaczy amerykańskich (Jenks i Domally, Wright, Dikey-Surron) są nieco niższe od poziomu europejskiego, ale tylko odnośnie dzieci rasy białej; wyniki otrzymane u dzieci matek kolorowych są równe liczbom europejskim.

Inicjatywa Sanitarjatu Dyrekcji Okręgowej Kolei Państwowych w Warszawie co do badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych jest posunięciem ważnem i celowem nietylko z punktu widzenia interesów kolei, lecz i ze względu na interes ogólno-społeczny.

Charakter społeczny masowego i systematycznego badania krwi na kiłę nabiera szczególnie jasnej i przejrzystej barwy w świetle otrzymanych wyników. 3,83% odczynów dodatnich to zjawisko groźne i w skutkach niebezpieczne, tembardziej, że znaczny procent kandydatów z dodatnim odczynem Bordet-Wassermanna, to ludzie żonaci i dzietni, względnie kobiety zamężne i wdowy mające również dzieci.

Wszyscy kandydaci i kandydatki z dodatnim odczynem B. W. przeczyli, jak już zaznaczyłem jakoby przechodzili kiłę. Przypuszczam, że część ich świadomie ukrywała chorobę; mam jednak wrażenie, że większość nie wiedziała o grożącem im niebezpieczeństwie utajonego procesu kiłowego. Ta kategorja kandydatów tylko dzięki do pewnego stopnia przymusowemu badaniu krwi i ujawnieniu sprawy chorobowej została uświadomiona co do konieczności leczenia się, przez co dało się jej możność ewentualnego uniknięcia groźnego efektu w postaci organicznych schorzeń luetycznych i paraluetycznych, niejednokrotnie rozwijających się powoli i niespostrzeżenie, a będących rezultatem długotrwałego działania na ustrój zarazka kiłowego (paraliż postępujący, wiąd rdzenia i t. d.).

Gdyby ujawnienie się następstw kiły miało miejsce u pracownika kolejowego i to w czasie pełnienia przezeń obowiązków służbowych np. na parowozie, na stacji sygnałowej, na zwrotnicy, lub na innych niemniej ważnych odcinkach służby ruchu, skutki tego mogłyby być oczywiście wręcz tragiczne.

Takich możliwości nie jesteśmy w stanie z całą ścisłością wykluczyć, tem bardziej, że sporadyczne przypadki tego rodzaju schorzeń obserwuję w pracowni, z racji badania krwi na zlecenie lekarzy neurologów.

Dlatego też uważam, że zarówno w interesie kolejowym jak i w interesie bezpieczeństwa publicznego, krew na odczyn Bordet-Wassermanna winna być badana nietylko u wszystkich kandydatów na pracowników kolejowych wogóle, w szczególności zaś u kandydatów na pracowników W-łu Ruchu, ale i wszyscy stali i czasowi pracownicy tegoż wydziału winni być poddani przymusowemu badaniu krwi na ten odczyn, i to nie tylko jednorazowo, ale periodycznie co pewien określony czas.

Przepisy kolejowe polskie zabraniają wprawdzie przyjmowania do pracy na P. K. P. ludzi chorych na kiłę, wiemy jednak wszyscy jak trudno jest nieraz postawić rozpoznanie tej choroby bez współudziału pracowni wobec braku często jakichkolwiek danych klinicznych i wobec dążenia kandydata do utajenia przed lekarzem wszelkich wad ustrojowych.

Zagadnienie kiły u pracowników kolejowych interesuje również i lekarzy kolejowych zagranicznych. Lekarze kolejowi niemieccy jak Placzek, Gilbert, Roepke domagają się oddawna zastosowania przymusowego badania krwi na kiłę u pracowników kolejowych, zwracając szczególną uwagę na ważność tego badania w stosunku do kolejarzy zatrudnionych w Wydziale Ruchu. Takie same stanowisko w tej kwestji zajmuje również Liebesman z Sanitarjatu D. O. K. P. w Stanisławowie.

Sprawa masowego i systematycznego badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna jest możliwą do rozwiązania w pełni tylko tam, gdzie względy tak zwanych „kredytów" nie zabijają wszelkiej nawet najbardziej aktualnej i doniosłej inicjatywy, t. zn. w organizacjach, które rozporządzają własnemi pracowniami serologicznemi, gdzie prowadzący tego rodzaju badania jest jednocześnie mężem zaufania tej organizacji, gdzie w razie jakichkolwiek wątpliwości badania można powtórzyć, bez narażenia instytucji na powtórne i to dość znaczne wydatki. Jest bowiem rzeczą wiadomą, że jednorazowo dodatni odczyn Bordet-Wassermanna nie rozstrzyga w pewnych przypadkach kwestji w sposób bezwzględny i kategoryczny. Zdarzają się bowiem przypadki, że gdzie wskutek różnych, nie całkowicie znanych nam przyczyn we krwi pojawiają się przejściowo ciała, dające odczyn wiązania dopełniacza. W tych jednak przypadkach odczyn Bordet-Wassermanna ma charakter przemijający, w przeciwieństwie do występującego stale, w razie podłoża swoistego. Jeżeli opinja pracowni, wobec braku innych danych anamnestycznych i klinicznych co do sprawy kiłowej, ma być tą instancją decydującą o losie człowieka, to musi być ona oparta na faktach konkretnych i niezbitych. Krew jest czynnikiem niezwykle wrażliwym i dynamicznie zmiennym, może więc dawać czasem wyniki nieswoiste o dużem nawet natężeniu, są one jednak, jak wykazało doświadczenie i jak już zresztą wyżej zaznaczyłem, krótkotrwałe i przemijające.

Dlatego też ze względu na doniosłość decyzji, w razie najmniejszych nawet wątpliwości co do braku swoistych przyczyn dodatniego odczynu Bordet-Wassermanna, krew należy badać powtórnie — choćby nawet kontrole i próby pomocnicze — kłaczkujące były pewne i niewątpliwe.

W ciągu lat 14 wykonałem w pracowni Sanitarjatu D. O. K. P. w Warszawie 15,672 badań krwi na odczyn Bordet-Wassermanna. W związku z tem przewinęła się bardzo duża rzesza pracowników kolejowych z różnych wydziałów i różnych specjalności.

Otrzymywane wyniki badania krwi budziły we mnie zawsze

najróżnorodniejsze refleksje między innemi i na temat przyczyn dość częstych katastrof kolejowych.

Nie znam wprawdzie statystyki przyczyn wypadków kolejowych, lecz śmiem sądzić, że nie wszystkie są one wywołane czynem zbrodniczym, lub spowodowane wadliwościami konstrukcyjnemi składowych części taboru, nadmiernem ich zużyciem, wadami nawierzchni, nieprawidłowościami działających samoczynnie urządzeń zwrotniczych i sygnalizacyjnych oraz innemi przyczynami niezależnemi od świadomej woli człowieka. Jestem przekonany, że stan równowagi psychicznej i sprawności fizycznej pracownika kolejowego w momencie poprzedzającym katastrofę jak również w chwili jej powstania odgrywa niewątpliwie wielką rolę. Roli kiły w podobnych wypadkach nie należy zmniejszać. Dlatego uważam, że zbiorowy wysiłek Sanitarjatów kolejowych wszystkich państw w kierunku: a) zaostrzenia rygorów przy kwalifikowaniu kandydatów na pracowników kolejowych, z zastosowaniem nietylko metod klinicznych, ale i laboratoryjnych, kontrolujących nieuchwytne dla klinicysty wady humoralne ustroju (krew, mocz), i b) rozciągnięcie przymusu perjodycznego badania krwi na kiłę przynajmniej na wszystkich pracowników Wydziałów Ruchu i Mechanicznego (maszyniści) zmniejszyłoby niewątpliwie liczbę katastrof i wypadków kolejowych, narażających państwo na straty w ludziach, w taborze, na płacenie dużych odszkodowań i t. d.

Polski Sanitarjat Kolejowy pierwszy wkracza na drogę stosowania wyżej wymienionych rygorów przy kwalifikowaniu kandydatów na pracowników kolejowych. Tą drogą spełnia Sanitarjat Kolejowy jednocześnie dwa ważne zadania: z jednej strony chroni olbrzymie przedsiębiorstwo państwowe od napływu nieodpowiedniego co do stanu zdrowia elementu pracowniczego, z drugiej zaś strony staje on w szeregu organizacji, zwalczających kiłę jako klęskę społeczną, przeprowadzając w granicach własnych możliwości reglamentację ludzi dotkniętych tą chorobą.

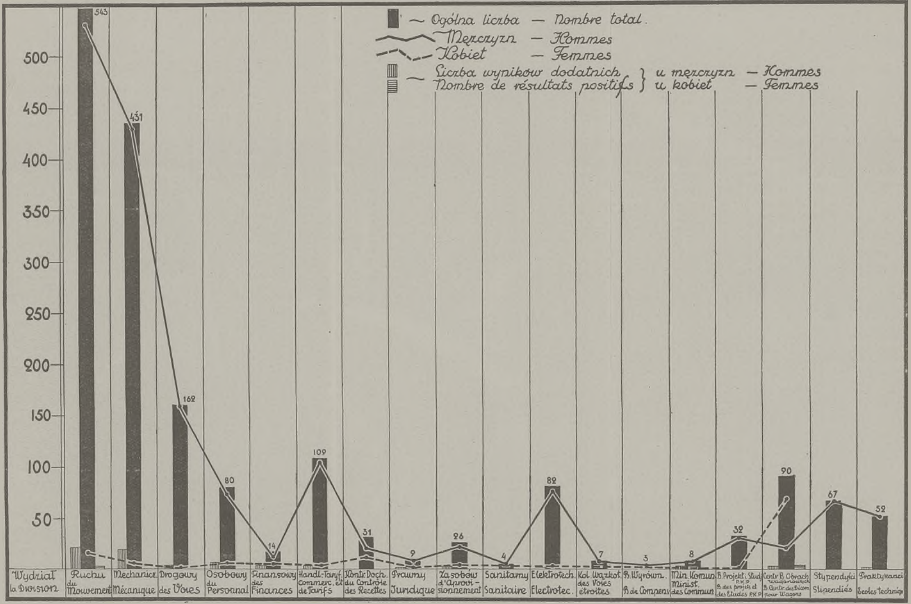
Podjęta praca jest pracą obliczoną na dłuższą metę. Pracownia kontynuuje ją w dalszym ciągu.

Ogłoszenie wyników badania krwi odnośnie kandydatów na kolejarzy, może być zachętą dla pokrewnych organizacji, pracujących wśród innych środowisk.

Praca może się opłacić, zważywszy wysokie koszty i długotrwałość leczenia chorego na kiłę. Ciężary te ponoszą instytucje państwowe, względnie samorządowe, przyjmując do pracy kandydata obarczonego tą chorobą.

Dotychczasowe wyniki badania krwi na odczyn Bordet-Wassermanna u kandydatów na pracowników kolejowych Dyr. Warszaw. według przynależności do poszczególnych wydziałów, względnie urzędów.

Resultats des examens du sang par la reaction de Bordet Wassermann chez les candidats aux charges de chemin de fer de la Direction regionale de Varsovie d'apres leur classement dans les divisions ou offices particuliers.



Resultats des examens du sang par la réaction de Bordet-Wassermann chez les candidats aux charges ferroviaires de la Direction Regionale de Varsovie.

par THADÉE STRYJECKI

Du laboratoire de chimie et de bacteriologie du Service Medical de la Dir. de Chemin de fer a Varsovie.

C'est l'interet des chemins de fer qui exige, que tous les postes, les superieurs ainsi que les inferieurs, soient occupés par les hommes exempts dos affections morbides.

Donc il est indique, que l'organisation exterieure, l'adresse physique et psychique des aspirants aux postes des employes des chemins de fer marchent de pair avec le fonctionnement harmonieux de leur organisation interieure Une telle selection nécessaire pour occuper des postes aux chemins de fer, serait impossible sans le secours du laboratoire, surtout dans les cas des affections latentes. Le service des chemins de fer polonais, appreciant l'importance d'une collaboration du laboratoire chimico-bacteriologique de la Direction des chemins de fer de l'Etat a Varsovie accomplie les examens systématiques par la reaction de Bordet-Wassermann du sang des tous aspirants, qui s'adressent a l'examen, outre les examens des urines, prises au laboratoire meme

On a effectue jusqu'a maintenant des examens de ces genre chez 1750 aspirants, dont on a obtenu 67 resultats positifs (3.83%).

L'age des candidats avec Bordet-Wassermann positif oscillait entre 20—45 ans. Il y en avait 15 hommes maries sans enfants, 13 avec 1—3 enfants, 25 celibataires. Les femmes en étaient au nombre de 5: 2 filles et trois veuves, dont deux sans enfants et une ayant un seul enfant. Tous ont nie l'affection syphilitique dans leur passe.

18 fois on a constate dans les urines la presence de l'albumine seule, 9 fois — albumine et elements renaux, 1 fois — sucre.

Wspomnienia z VII Zjazdu Lekarzy Kolejowych w Krakowie

Wyjeżdzam z Bydgoszczy w ponurym nastroju—deszcz leje jak z cebra. Po źle przespanej nocy wyglądam przez firankę okna w Królewskiej Hucie. Niebo zachmurzone. Perspektywa naogół przedstawia się niewesoło. Dowiaduję się, że pociąg nasz spóźniony jest blisko o półtorej godziny. Wreszcie Kraków.

Przez okno wagonu widzę pięknie udekorowaną część peronu z plakatem „VII Zjazd Lekarzy Kolejowych R. P."

Z pociągu wysiada spora liczba kolegów, niektórzy z rodzinami. Wszyscy tłumnie śpieszymy na peron, gdzie urzęduje Komitet Zjazdowy. Otrzymujemy znaczki Zjazdu, bilety do teatru, kupony na posiłki. Ogromnie się cieszę, że koledzy krakowscy organizują wycieczkę do Szczawnicy Dunajcem, którą już raz odbyłem z Zakopanego w 1928 roku. Byle tylko była pogoda!

Witam się z kolegami, przybyłymi ze wszystkich stron Polski. Poznaję d-ra Słomińskiego, którego ostatni raz widziałem po ukończeniu uniwersytetu przed 20 laty, a poznać go łatwo, bo „góruje" nad tłumem; zdaje się, że do 2-ch metrów brakuje mu bardzo mało.

Po krótkim posiłku, zorganizowanym przez naszych Gospodarzy w sali dworca kolejowego, śpieszymy na ul. Radziwiłłowską do sali T-wa Lekarskiego.

Już kwadrans po dziesiątej, a więc jesteśmy spóźnieni. W sali gwarno; za chwilę wszystkie krzesła zajęte, dużo kolegów już nie znajduje wolnych miejsc i zapełnia przestrzeń przy ścianie i balkon.

Po otwarciu Zjazdu i obraniu Prezydjum następuje powitanie gości przez przedstawicieli władz miejscowych, wojskowych i cywilnych,

przedstawicieli nauki; wita nas także sympatyczny Prezes Dyrekcji Krakowskiej Inżynier Bobkowski i jednocześnie zaprasza na wycieczkę do kolejowej kolonji harcerskiej w Węgierskiej Górce.

Wysłuchujemy referatu senjora kolejowej medycyny d-ra Zawadzkiego, z którego dowiadujemy się, że pomoc lekarska kolejowa jest znacznie tańszą od tejże w Kasie Chorych. Wszystko jest poparte wymownemi liczbami.

Referat Docenta E Artwińskiego „O rozpoznawaniu nowotworów rdzenia", podany przez referenta tak treściwie i zwięźle, słuchamy z najwyższem zaciekawieniem. Spokojny i rzeczowy ton referatu dziwnie koreguje z miłą i sympatyczną sylwetką p. Docenta.

Następnie został wygłoszony obszerny referat D-ra K. Karelusa „O wpływie organów płciowych kobiecych na narząd wzrokowy", zawierający treść bardzo zajmującą.

Wprost z sali posiedzeń udajemy się na obiad do restauracji Pollera. Tutaj dopiero spostrzegamy, że pomimo kryzysu przybyło na Zjazd sporo kolegów z rodzinami. Obiad trwa ponad trzy godziny.

Po obiedzie mała przechadzka po mieście. Niebo bardzo zachmurzone; co chwila pada, ale to działa orzeźwiająco.

Wieczorem zapełniamy teatr miejski. Dają operę Donizettiego „Łucja z Lamermooru" z Adą Sari w roli głównej. Artystka jak zwykle oczarowuje wszystkich swoją koloraturą.

Wreszcie znużeni uczestnicy Zjazdu spieszą do swoich „hoteli", bo o godzinie 0,30 w nocy ma nastąpić odjazd do Węgierskiej Górki.

Budzę się o godz. 6-ej i wyglądam przez okno. Wszystko zalane promieniami słońca, wszędzie błękit; na niebie ani chmureczki. Chwała Bogu!

Szybko robię toaletę i wychodzę z wagonu. Przed stacją już się zebrała duża grupa kolegów. Ruszamy w stronę kolonji z sympatycznym Prezesem inżynierem Bobkowskim na czele. Za chwilę jesteśmy na kolonji. Szereg schludnych drewnianych domków bez ścian; w każdym tylko metalowe łóżka, małe szafki przy nich i taborety. Dzieci cały czas bez przerwy przebywają na świeżem powietrzu. W razie deszczu lub silnego wiatru spuszcza się brezentowe rolety, które dość szczelnie dochodzą do ram ściennych.

Gromada harcerzyków, ubranych tylko w krótkie spodeńki i pantofle, z opalonemi na bronzowo ciałkami, odrabia ćwiczenia gimnastyczne. Ich uśmiechnięte twarzyczki dziarsko spoglądają na intruzów. W środku podwórza mieści się duża izba jadalna z megafonem pod sufitem. Oglądamy kuchnię i zabudowania gospodarcze. Wszyst-

kich objaśnień udziela inżynier Bobkowski osobiście. Okazuje się, że każdy taki domek kosztuje koło 1000 zł, wliczając też i koszty rolet.

Przed rokiem na kolonji harcerskiej w Węgierskiej Górce było zaledwie kilkadziesiąt osób, w bieżącym roku było już koło 2000, a na przyszły rok projektuje się koło 5000. Aczkolwiek miejsce na górze, wybrane pod kolonję, całe jest zalane promieniami słońca, jednak w dni wietrzne jest tu chłodno a wiatry są prawie stale, gdyż miejsce to ze wszystkich stron jest odkryte. Z tego powodu kolonje stopniowo będą przeniesione na przeciwną stronę toru, gdzie już i teraz mieści się drużyna starszych harcerzy. Projektuje się tu urządzenie kolonji zimą dla spędzenia zimowych wakacji, naturalnie z uwzględnieniem sportów narciarskiego i saneczkowego.

Przechodzimy następnie na drugą stronę toru, gdzie w malowniczej lesistej miejscowości, na wzgórzu znajduje się kolonja dla starszej dziatwy. Za chwilę alarm — harcerze zbiegają się ze wszech stron na środek małego placyku i stają w szeregi. Komendant ich podchodzi z meldunkiem do Prezesa. Starsza dziatwa wszystko robi sama, włączając i sporządzanie posiłków. Domki tu takie same z brezentowemi roletami, jak i w poprzednio oglądanej kolonji. Dowiadujemy się, że wypadków przeziębień, nie licząc kilku chorych na anginę, nie notowano. Powoli wchodzimy na wzgórze. Przecudny krajobraz!

Dyrekcja Krakowska kupuje tu duży szmat ziemi celem urządzenia parku dla kolonji. Całe piękne to dzieło powstało dzięki inicjatywie, energji i wytrwałości Prezesa Dyrekcji Krakowskiej, inż. Bobkowskiego, który ma wielkie zasługi na polu propagowania sportów. Pytam Prezesa, czy było by możliwe przysyłanie tutaj dzieci kolejarzy naszej Dyrekcji Gdańskiej, a wzamian zabieranie nad morze do naszych kolonji dzieci z Dyrekcji Krakowskiej, którym wskazany jest morski klimat. Inżynier Bobkowski chętnie na to przystaje, a więc będziemy mogli nasze dzieci posyłać po zdrowie w góry już w przyszłym roku, naturalnie na zasadach wzajemności.

Nadzwyczaj szybko upływa kilka godzin na miłej wycieczce i pogawędce w Węgierskiej Górce.

Śpieszymy z powrotem na stację, lecz gościnny Gospodarz zaprasza nas na drugie śniadanie do pierwszej kolonji. Po posiłku idziemy do pociągu, który ma podejść aż pod samą kolonję, odprowadzani przez harcerzyków. Dr. Mazurek w imieniu wszystkich dziękuje Prezesowi za piękną i ciekawą wycieczkę.

Pociąg rusza. „Czuwaj" — rozlega się głośnym echem okrzyk młodzieży harcerskiej, przyszłej nadziei naszego narodu.

Po obiedzie w Krakowie, urządzonym przez miłych Gospodarzy u Hawełki, część uczestników udała się do Wieliczki na zwiedzenie salin, część zaś, w tem i ja, autobusami do Ojcowa i Pieskowej Skały, gdzie na zamku oczekiwał nas podwieczorek. Po obejrzeniu zamku śpieszymy z powrotem do Krakowa. Tu odświeżeni zjawiamy się na kolację do Pollera. Z początku nastrój dość poważny, ale w sali robi się coraz gwarniej. Pijemy zdrowie kolegów Gospodarzy, Komitetu Pań, Prezesa inżyniera Bobkowskiego. Wesoły nastrój ku końcowi obiadu potęguje się do maximum.

Kolacja ukończona, kelnerzy odsuwają stoły, krzesła i rozpoczynają się tańce. Wszyscy są rozbawieni, lecz pamiętają, że o godz. 1,30 w nocy odjazd do Nowego Targu i o godzinie pierwszej rozchodzą się na spoczynek.

Rano budzi mnie mój sąsiad dr. Wojtkiewicz. O godzinie 6-ej podjeżdżamy do Nowego Targu. Po śniadaniu zajmujemy miejsce w autobusie i ruszamy ku Szczawnicy. Podróż niezbyt wygodna, gdyż szosa niedopisała; przeskakujemy przez doły, dołki i kamyki: po trzech kwadransach jesteśmy w Czorsztynie. Jeszcze zdaleka obserwujemy majestatyczne ruiny starego zamku. Kilka kroków do przystani — i wsiadamy do improwizowanych góralskich tratew. Górale odpychają tratwy od brzegu długimi drągami i nasz „okręt" powoli się posuwa; za nami płynie cała „flotylla" z uczestnikami Zjazdu. Pogoda bajeczna; na niebie ani chmureczki—wszystko zalane promieniami słońca. Z początku krajobraz jest niezbyt ciekawy; sąsiad mój rozczarowany, ożywia się z chwilą, gdy woda porywa naszą tratwę wprost na duże kamienie. Górale jednak zgrabnie odpychają tratwę i za chwilę posuwamy się powoli po spokojnej szafirowej toni. Stojący na przodzie góral informuje nas, że głębokość tu wynosi około 15 metrów. Płyniemy dalej. Widzimy, jak z brzegu biegną do wody cyganie ze skrzypcami. Stojąc po pas w wodzie, grają czardasza; do kapelusza sypią się datki. W dalszej drodze spotykamy ich coraz więcej. Dopływamy do Trzech Koron. Dunajec skręca wprawo i stąd dopiero zaczynają się tak piękne widoki, że opisać ich nie jestem w stanie. Wszyscy siedzimy w niemem oczarowaniu. Tym przecudnym szlakiem jedziemy $1^1/_2$ godziny, zachwyceni panoramą jak z bajki, która się zmienia jak w kalejdoskopie. Góral opowiada nam o pustelniku, który mieszka w Pieninach i którego często odwiedzają turyści. Na jednej skale widzimy klamry; przejście tu jest bardzo trudne i nieostrożny turysta łatwo może wpaść do Dunajca.

Niestety, podróż już skończona; górale dobijają do przystani w Szczawnicy. Z prawdziwym żalem wysiadam na brzeg.

Gościnni Gospodarze czekają już na nas z obiadem. Na wyniosłym brzegu, dużem półkolem rozstawione są stoły. Z powodu spóźnionej pory jedynie część uczestników mogła zwiedzić Zakład Zdrojowy.

Dr. Mazurek w krótkich, lecz z duszy płynących słowach dziękuje Gospodarzom i Komitetowi Pań za ten ogrom pracy, jaki włożyli w tak świetnie zorganizowany Zjazd.

Jednocześnie nastąpiło zamknięcie Zjazdu.

Wsiadamy do autobusów i mkniemy z powrotem do Nowego Targu. Żegnamy się z kolegami i ruszamy w drogę powrotną ku domowi. Każdy z nas, jadąc do domu, wywozi ze sobą jaknajmilsze wspomnienie ze Zjazdu.

Dr. Maksymiljan Miedziszewski

Streszczenia

W sprawie wypadków kolejowych.

W Nr. 4 czasopisma p. t. „*Sowietskaja psichotiechnika*“ z roku 1932 znalazłem bardzo ciekawy i znamienny artykuł p. A. Kołodnej, kierowniczki pracowni psychotechnicznej kolejowej w Moskwie. Uważam za stosowne streścić główne myśli autorki i polecić je uwadze naszych inżynierów i lekarzy kolejowych. Czy wiele z nich nie stosuje się całkowicie i do naszych warunków?

Z początku autorka zaznacza, że w ostatnich latach na kolejach rosyjskich wypadki są coraz częstsze i odbijają się ujemnie na wszystkich dziedzinach gospodarczych i społecznych. Każdy wypadek kolejowy pociąga stratę, ocenianą średnio na 4 tysiące rubli. W roku 1930 straty z powodu wypadków kolejowych wyniosły 30 miljonów rubli.

Statystyka wypadków klasyfikuje je według poglądów czysto technicznych i formalnych na 2 grupy: 1) wypadki z winy pracowników kolejowych i 2) z powodów technicznych. Pierwsza grupa stanowi 70—75$^0/_0$ ogólnej liczby wypadków.

Jednakże nieco głębsza analiza psychologiczna wypadków najbardziej charakterystycznych w ostatnich latach doprowadziła do przekonania, że prawie wszystkie wypadki nieszczęśliwe spowodowane były przez wadliwą organizację pracy na poszczególnych odcinkach transportu, przez nieuwzględnienie zasad organizacyjnych, których pominięcie wywołałoby niechybnie wypadki nawet wtedy, kiedy personel byłby jaknajtrafniej dobrany pod względem zawodowym. Tak np., kiedy wprowadzono w Rosji długie, ciężkie pociągi, zaczęły się wypadki zrywania sprzęgieł i łańcuchów; oczywiście wina spada na maszynistów, ale ci nie byli dostatecznie poinformowani i nauczeni, jak prowadzić takie pociągi; zatem winę przypisywać trzeba nie maszynistom, lecz tym, którzy zaniedbali wyszkolić ich drużyny

Podobne wypadki zachodzą i w innych działach transportu.

Stąd wynika potrzeba dokładnej i wszechstronnej analizy wypadków. Aby zaś ta mogła być stosowaną, trzeba, by psychotechnicy kolejowi brali udział w dochodzeniach komisyj, badających wypadki, a przytem, aby sami znali dobrze pracę kolejową i jej warunki.

Analiza psychologiczna wydarzeń kolejowych wykazała, że powstają one w związku z właściwościami pracy przewozowej, która charakteryzuje się w następujących momentach: 1) jedna i ta sama operacja spełniana jest przez ogromną liczbę ludzi, znajdujących się najczęściej na znacznych od siebie odległościach, a związanych ogólną odpowiedzialnością i czasem (w rozkładzie jazdy), 2) ciągłością pracy przy częstej zmianie ludzi, 3) olbrzymią liczbą różnych obowiązków, ciążących na pracowniku, który reguluje ruch i który musi często przerzucać się z jednej czynności do drugiej, 4) regulowaniem pracy każdego funkcjonarjusza nieskończoną ilością rozporządzeń, prawideł, instrukcyj, od których najmniejsze odchylenie ujemnie odbija się na prawidłowym biegu całego procesu pracy i jej organizacji.

Każdy wypadek kolejowy ma mnóstwo różnorodnych przyczyn, po większej części trudno uchwytnych i trudnych do wielostronnego zanalizowania.

Jeżeli w danym razie chodzi o ustalenie przyczyn wypadków, spowodowanych przez pracowników kolejowych, to należy stwierdzić, że przyczyny te wynikają: 1) z rzeczywistych (objektywnych) warunków pracy, 2) nieprzewidzianych okoliczności, 3) niezdatności do danej służby, 4) ze stosunków między dużą liczbą ludzi, wykonywujących jedną czynność, 5) z warunków życiowych i t. p.

Do objektywnych przyczyn winy pracowników należą: zła organizacja pracy na danym odcinku, brak należytych urządzeń, niedostateczne wyszkolenie pracowników, wadliwe działanie przyrządów, oraz przyczyny techniczne, złe oświetlenie stacji i torów, niewidoczność sygnałów, nieoczekiwana zamiana jednych sygnałów na drugie, wprowadzenie nowych oznaczeń zamiast tych, które oddawna były stosowane, sprzeczności w instrukcjach, prawidłach, rozporządzeniach dyrekcyj, które dawałyby powody do błędnego, albo dwuznacznego rozumienia. Podział czynności między pracownikami, rozgraniczenie ich obowiązków jest bardzo niewyraźne, a to przecież z punktu widzenia psychotechnicznego jest zupełnie wadliwe. Przedewszystkiem zwraca uwagę duża liczba instrukcyj; np. maszynista musi pamiętać 31 instrukcyj, dyżurny ruchu 61; zwrotniczy 12, naczelnik odcinka ruchu 124.

Brak jasności i konsekwencji układu, sprzeczności w treści, nieskończona liczba doklejanych zmian, zmiany paragrafów i uzupełnień

— tworzą ciężki balast pamięci i niepewność interpretacji przepisów. Autorka słusznie krytykuje język urzędowy przepisów i instrukcyj, nazywając go „sukiennym". Twórcy tych urzędowych prawideł słusznie posądzeni być mogą o winę wypadków, gdyż bynajmniej nie troszczą się, aby ich język był jasny i zrozumiały. To też psychotechnicy kolejowi powinni być powoływani do współpracy przy redagowaniu i wykładaniu instrukcyj kolejowych.

Jednym z czynników, które przymnażają ilość smutnej statystyki jest też bezwątpienia zła organizacja odpoczynków po pracy trudnej i odpowiedzialnej, np. drużyn parowozowych, dyżurnych ruchu na większych stacjach.

Nie można uważać za odpoczynek i sen kilkagodzinnego przebywania w dusznej jakiejś izbie, gdzie zamiast łóżek wygodnych stoją twarde tapczany, gdzie lampa naftowa nietyle oświeca, ile swędzi i gdzie nikt nie myśli o należytem przewietrzaniu.

Między innemi przyczynami wypadków należy zwrócić uwagę na system zaufania „familijnego", jaki wytwarza się na stacjach mniejszych, wskutek czego np. dyżurny ruchu nie sprawdza ustawienia zwrotnic, bo dowierza zwrotniczemu, którego zna i z którym pracuje lat kilka; zwrotniczy zaś nie sprawdza swych czynności, gdyż wierzy w nieomylność dyżurnego ruchu, lub liczy, że jeżeli on popełni błąd, to spostrzeże to ktoś inny, odpowiedzialny również za bezpieczeństwo ruchu.

Oczywiście nie można zamykać oczu na to, że znaczny procent wypadków wynika z wad psychicznych lub fizycznych pracowników. Dlatego też niezbędnem jest stosowanie doboru zawodowego, opartego na badaniu lekarskiem i psychotechnicznem. Są jednak takie strony osobowości pracowników, których jeszcze nie potrafi zbadać ani medycyna, ani psychotechnika. Są to cechy charakteru i woli. Brak poczucia odpowiedzialności, niedbalstwo, niedokładność w wykonywaniu czynności, nieumiejętność zorganizowania sobie pracy itp. są to cechy tak samo niebezpieczne, jak brak przerzutności uwagi, opóźnione reakcje psychomotoryczne lub wady inteligencji.

W zakończeniu swego artykułu p. Kołodnaja porusza także sprawę mało zbadaną statystycznie, a mianowicie wpływ wieku pracownika na jego sprawność zawodową. Następnie zaleca psychotechnikom kolejowym, aby pracowali i studjowali w następujących kierunkach: 1) analizy wydarzeń i wypadków kolejowych, słusznie bowiem dowodzi, że dochodzenie przyczyn wypadków nietylko oświetla warunki pracy, ale wyciąga na światło dzienne wady organizacyjne, 2) studjów nad systemem sygnalizacji z punktu widzenia postrzegania

kształtów i barw, 3) racjonalizacji przy redagowaniu instrukcyj i prawideł, 4) propagandy środków zabezpieczających przed wypadkami, 5) badań nad osobowością winowajców wypadków, 6) studjów nad charakterologją i wpływem wieku osób, powodujących wypadki kolejowe.

Wytknięcie powyższych zadań psychotechnikom jest łatwe do postawienia, lecz niezmiernie trudne w praktyce. Nie wiemy, jak to jest naprawdę w Sowietach, u nas w Polsce już ten punkt pierwszy jest narazie niedostępny, gdyż t. zw. „Przepisy o dochodzeniach w sprawie wypadków na kolei" zupełnie nie przewidują udziału psychotechników w badaniach. Najwyżej po wypadku przysyła się rzekomego winowajcę do zbadania lekarskiego i b. rzadko do zbadania psychotechnicznego.

Wobec tego urzeczywistnienie racjonalnego zastosowania psychotechniki we wskazanych wyżej celach jest na razie muzyką przyszłości. Sądzę jednak, że cele te należy mieć na oku w dalszym rozwoju psychotechniki kolejowej.

Inż. Jan Wojciechowski.

André Schotte. **O zapobieganiu powikłaniom znieczulenia lędźwiowego i o ich leczeniu.** La Presse Médicale Nr. 70, 1933 r.

Spadek ciśnienia krwi przy stosowaniu znieczulenia lędźwiowego zależy od porażenia naczyniowego i rozszerzenia naczyń w obrębie znieczulenia, a pozatem od zablokowania mechanizmu wydzielniczego dla adrenaliny, następstwem czego jest zmniejszenie się, a nawet zatrzymanie się wydzielania adrenaliny przez nadnercze. W przypadkach więc spadku ciśnienia w znieczuleniu lędźwiowem istnieje wskazanie do dostarczenia organizmowi brakującej mu adrenaliny. Zastrzyknięcie dożylne adrenaliny powoduje jednak tylko przejściowe podniesienie ciśnienia tętniczego, trwające zaledwie 2—3 minuty Domięśniowe i podskórne zastosowanie adrenaliny jest prawie bezskuteczne. Adrenalina ulega szybko utlenieniu w tkankach ciała i rozkłada się. Bardziej długotwałe jej działanie można zapewnić, stosując ją dożylnie w postaci kroplówki w ciągu całego czasu trwania znieczulenia. Sposób ten jednak w zastosowaniu praktycznem jest zbyt skomplikowany i w razie znacznych i zapalnych spadków ciśnienia może nie być skuteczny. Zamiast więc adrenaliny autor stosuje dożylnie efedrynę lub efetoninę, które posiadają skład chemiczny bardzo zbliżony do składu adrenaliny. Efedryna i efetonina wywołują natychmiastowo znaczne i trwałe podniesienie się ciśnienia krwi, trwające w ciągu całego czasu znieczulenia (przeszło godzinę). Za-

strzyknięcie jej dożylnie (domięśniowe jest mało skuteczne) w ilości 0,05—0,1 w 1—2 zastrzyknięciach podnosi ciśnienie do poprzedniego poziomu. Zastrzykiwać efedrynę zapobiegawczo autor nie radzi, ponieważ może ona przeszkadzać prawidłowemu wystąpieniu znieczulenia lędźwiowego. O ile zachodzi obawa wystąpienia spadku ciśnienia krwi na skutek samego zabiegu operacyjnego (obfite krwawienie, wywieranie działania ciągnącego na trzewia brzuszne), to efedrynę należy zastrzyknąć w czasie występowania znieczulenia, lub też po jego już wystąpieniu.

Poza zaburzeniami w krążeniu krwi, przy zastosowaniu znieczulenia lędźwiowego może wystąpić porażenie oddychania. Porażenie to jest następstwem nadmiernego spadku ciśnienia krwi, który prowadzi do upośledzenia ukrwienia ośrodków oddechowych w ośrodkowym układzie nerwowym. Wskazana będzie w przypadkach takich efedryna i niskie ułożenie głowy. W innych przypadkach poza niedokrewnością ośrodków oddechowych mamy do czynienia z zaczynającem się porażeniem nerwów oddechowych, zależnem od przeniknięcia środka znieczulającego aż do odcinków szyjnych rdzenia. W takich przypadkach zastosowanie efedryny nie wystarcza. Dla uniknięcia zejścia śmiertelnego należy w razach takich zastosować oddech sztuczny sposobem powszechnie używanym (rękoczyny zewnętrzne), albo też za pomocą metodycznej insuflacji i to nie tlenu, lecz karbogenu (tlen + Co_2 w stosunku 7 : 100), który szybko przywraca oddech naturalny dzięki specyficznemu zadziałaniu bezwodnika kwasu węglowego na ośrodek oddechowy. Zastrzyknięcie dożylne lobeliny, aczkolwiek posiada ten sam wpływ, to jednak w stopniu słabszym niż bezwodnik kwasu węglowego. W razie zupełnego porażenia nerwów oddechowych należy natychmiast zastrzyknąć dożylnie efedrynę, by przywrócić prawidłowy obieg krwi w ośrodkach układu nerwowego i natychmiast potem zastosować oddech sztuczny, najlepiej z karbogenem. *L. K.*

E. V. Misrachi. **O cewnikowaniu moczowodów w zapaleniu miedniczek nerkowych u ciężarnych.** La Presse Médicale Nr. 70, 1933 r.

Aczkolwiek nie można odmówić racjonalności stosowania leczenia szczepionkami bakteryjnemi zapaleń miedniczek nerkowych, to jednak dotychczasowe wyniki takiego leczenia mało odpowiadają naszym życzeniom. Można to objaśnić różnorodnością tych bakterji, które takie zapalenia wywołują. W przeciwieństwie do niepewnych i nieraz ryzykownych prób leczenia środkami chemicznemi i prze-

tworami bakteryjnemi, wszystkie niemal zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych ulegają wybitnej poprawie dzięki zastosowaniu cewnikowania moczowodów. Nie można jednak oczekiwać poprawy tam, gdzie ropienie zajęło już samą tkanke nerkową.

Wyniki cewnikowania moczowodów w zapaleniach miedniczek nerkowych pożyteczne są pod dwoma względami: 1) leczniczym i 2) rozpoznawczym.

Niewątpliwa poprawa, którą dzięki cewnikowaniu osiągamy w przypadkach ropnego zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych, jest wydatniejszą, o ile przed tem istniała uporczywa gorączka lub nieznośny ból. Autor dochodzi do tego przekonania na zasadzie swego doświadczenia na 200 chorych szpitali paryskich. Wyniki stosowania tego zabiegu są według wniosków autora albo chwilowe albo doprowadzające do wyleczenia ostatecznie. Używając zgłębników o średnicy małej, można je zostawiać na miejscu na okres dłuższy niż 5 tygodni w przypadkach, gdzie można się spodziewać wielkich trudności przy powtórnem zakładaniu zgłębnika. Autor podkreśla nieszkodliwość cewnikowania moczowodów stałego (cathéterisme à demeure). Głównym jednak warunkiem uzyskania pomyślnych wyników będzie zawsze niedopuszczanie do przejścia procesu ropnego na tkankę samej nerki.

Pod względem rozpoznawczym cewnikowanie moczowodów w zapaleniach miedniczek nerkowych u ciężarnych pozwala ocenić stopień i możność usunięcia zatrzymania ropy, a w połączeniu z pyelografją może ustalić obecność nieprawidłowości moczowodów, co pod względem rokowania posiadać może wielkie znaczenie. Zabieg u ciężarnych pozwala uniknąć omyłek rozpoznawczych tem łatwiejszych, iż objawy te mogą być zwodnicze i mało charakterystyczne.

L. K.

3-ci międzynarodowy zjazd pedjatryczny w Londynie od 20 do 22 lipca 1933 r. La Presse médicale Nr. 62 i 66, 1933 r.

Temat pierwszy.

Istota allergji i rola jej w chorobach dzieci. Arnold Rice Rich (Baltimore). Badania doświadczalne nad istotą i rolą allergji bakteryjnej. Badania autora dowodzą, że w allergji bakteryjnej komórki tkanek są wstanie przeczulenia względem antygenu bakteryjnego. Odczyn allergiczny nie zależy od krążących w organiźmie przeciwciał. Nowsze doświadczenia dowiodły, że:

1) Można oddzielić odporność od allergji za pomocą trzech metod:

a) wytwarzając odporność czynną bez jednoczesnego powstawania allergji;

b) przenosząc biernie odporność, nie przenosząc allergji;

c) przez odczulenie.

Jeżeli za pomocą jednego z tych sposobów wyłączymy allergję, wówczas odporność na zakażenie pozostaje nienaruszoną.

2) Powstrzymanie rozwoju bakterji w organizmie uodpornionym nie zależy, jak sądzono, od zapaleń allergicznych, jest ono następstwem głównie działania przeciwciał.

3) Allergja może powstać bez uodpornienia. Jeżeli działa ona samoistnie, to odporność staje się słabszą.

Fr. Hamburger (Wiedeń). *Badania kliniczne nad allergją anafilaktyczną w przebiegu chorób zakaźnych.* Te ostatnie mogą warunkować allergję antytoksyczną i allergję anafilaktyczną. Odporność klinicznie zależy i od jednej i od drugiej. Próby allergiczne pożyteczne w zastosowaniu w klinice spotykane są wyłącznie w gruźlicy.

Najważniejsze zagadnienia gruźlicy mogą być ustalone za pomocą odczynu tuberkulinowego. Każdy odczyn tuberkulinowy daje z początku fazę ujemną, potem fazę dodatnią. Odczulenie uzyskuje się w krótkim przeciągu czasu zastrzykiwaniami szybko wzrastających dawek tuberkuliny. Odczyn skórny pozwala odróżnić zespół objawów gruźliczych od niegruźliczych. W pewnych szczególnych przypadkach jedynie odczyn ujemny daje zasługującą na wiarę odpowiedź.

Odczyn tuberkulinowy pozwola ustalić przypuszczalne rokowanie. Również przydać się może w celach zapobiegawczych.

M. Péhu (Lyon) i *P. Woringer* (Strasburg). *Badania kliniczne nad allergją niezakaźną w dzieciństwie.* Organizm ludzki może być uczulony środkami nie bakteryjnego pochodzenia. Środki te podzielić można na cztery grupy.

1) Pneumallergeny: pyłki roślinne, produkty naskórka, kurz.

2) Trophallergeny: pokarmy i napoje.

3) Pharmacallergeny: leki, surowice, wyciągi z narządów.

4) Epaphallergeny: środki chemiczne, działające na skórę.

Pozatem pasożyty kiszkowe, owady, czynniki fizyczne, jak gorąco, chłód, światło Objawy allergji tu mogą być skórne, oddechowe, trawienne, w krążeniu, we krwi, w układzie nerwowym, w stawach, ciepłocie ciała. W pierwszym roku życia przeważa trophallergja, w 2—3 zaczyna przeważać pneumallergja, inne zaś rodzaje uczulenia zdarzają się tylko w wieku dojrzałym.

Przyczyną allergji nie infekcyjnej zdaniem autorów są: uczule-

nie po urodzeniu się, uczulenie in utero i przekazanie dziedziczne przez komórki rozrodcze.

W dyskusji *R. F. Collis* (Dublin) twierdzi, że nie jest wyjaśnione, by allergja była procesem obronnym, z którego organizm odnosi korzyść. Dowodem tego jest erythema nodusum, w którym można napotkać gruźlicę łącznie z paciorkowcem hemolitycznym.

Zdaniem prof. *Okell'a* allergja bakteryjna jest poronnym procesem odpornościowym, występującym w kulturalnych środowiskach ludzkich.

Ernberg (Stockholm) zaznacza, że w licznych przypadkach można zauważyć zespół allergiczny, zależny od gruźlicy, występujący jako bardzo wczesny objaw zakażenia. W takich stanach allergicznych nie można jeszcze wykryć lasecznika gruźliczego w tkankach nacieczonych.

De Toni (Bolonja) stara się określić pojęcie allergji. Zdaniem jego określenie kliniczne, oparte na objawach allergji, jest lepsze niż określenie biologiczne, ponieważ mechanizm allergji nie zawsze odpowiada mechanizmowi anafilaksji, czasem zaś mechanizm ten jest bardzo złożony i niejasny.

Temat drugi.

Zapobieganie chorobom pochodzącym z mleka. Alfred Pettersson (Stockholm). Z pośród czynników chorobotwórczych, przenoszonych za pośrednictwem mleka, pierwsze miejsce zajmuje zarazek gruźlicy. Zresztą znaczenie zarazka gruźlicy bydła rogatego w śmiertelności z gruźlicy jest stosunkowo nikłe, zawsze jednak jest dostatecznie ważne, by źródło to zwalczać. Z mlekiem zresztą do organizmu ludzkiego może dostać się i zarazek gruźlicy ludzkiej. Dzieci są bardzo wrażliwe na te zarazki, bardziej niż ludzie dorośli. Czasem zakażenie lasecznikiem typu zwierzęcego (b. tbc. bov.) może mieć cechy infekcji złośliwej, szybko postępującej.

Jako sposoby zapobiegawcze autor wymienia karmienie piersią, kontrolę nad mlekiem, zabezpieczającą pochodzenie mleka od krów zdrowych, niszczenie zarazków wyjaławianiem mleka i wogóle takie postępowanie z mlekiem, by nie zmieniało ono swych właściwości pożytecznych.

Bessau (Berlin). *Saprofity w mleku i ich znaczenie* Najważniejszymi między saprofitami mleka są laseczniki okrężnicy, szczególniej niektórzy z przedstawicieli tej grupy. Sam proces rozkładu mleka nie jest niebezpieczny sam przez się, niebezpieczeństwo polega na spożywaniu żywych bakterji. Uniknąć niebezpieczeństwa można albo doskonałem wyjałowieniem, albo też podając mleko w postaci

suchej lub też maślankę. Mleko kobiece zapobiega wytwarzaniu się w kiszkach grubej flory kiszkowej, które spostrzega się zawsze przy karmieniu sztucznem Colostrum zawiera przeciwciała, które mogą być bardzo dla noworodków ważne. Normalnie górne odcinki kiszek są wolne od bac. coli i normalne warunki odporności u dziecka przeszkadzają wytwarzaniu się kolonji tego lasecznika w tych odcinkach. Rozmnażanie się bakterji w górnym odcinku kiszek ma miejsce wtedy, kiedy zdolność trawienia jest ponad miarę wyzyskana, a szczególnie wówczas, kiedy czynność kiszek ulega uszkodzeniu, przyrodzona zaś odporność oseska ulega zmniejszeniu albo też wówczas, kiedy występuje działanie szkodliwych czynników zewnętrznych (gorąco, zaburzenia kiszkowe i zewnątrz-kiszkowe, nieżyty śluzówek). Laseczniki okrężnicy, szczególnie ich pewne odmiany, mogą wywoływać zapalenie kiszek, nie powodując zupełnie procesów fermentacyjnych.

Wszystkie nasze wysiłki lecznicze obecnie, mające na celu zwalczanie zaburzeń trawienia u osesków, winny być zwrócone w kierunku ograniczenia flory kiszkowej.

G. B. Allaria (Turyn). *O zapobieganiu cierpieniom zależnym od mleka.* Sprawa ta winna być rozpatrywana z punktu widzenia praktycznego. We Włoszech stwierdza się znaczny ruch, mający na celu udoskonalenie przemysłu mleczarskiego głównie w celu otrzymania mleka czystego, zdrowego, odpowiadającego potrzebom karmienia. Sprawozdawca przytacza wykaz głównych czynników chorobotwórczych mleka zwierzęcego. Następnie rozpatruje on sprawę dwóch kierunków w dostarczaniu odpowiedniego mleka oseskom: mleka surowego z dążeniem do zapobiegania zanieczyszczaniu mleka bakterjami i mleka, w którem bakterje są zniszczone kosztem nawet właściwości odżywczych mleka. Sprawozdawca sądzi, że kierunek pierwszy uległ przewadze. Codzienne doświadczenie dowiodło, że kierunek drugi jest o wiele ważniejszy, gdyż niebezpieczeństwo zależne od bakterji jest znacznie groźniejsze. Jest więc rzeczą niezbędną czynić mleko zdrowem za pomocą procesów termicznych. Szczególnie nadaje się tu pasteuryzacja pod jej różnemi postaciami.

Lereboullet (Paryż). *O zapobieganiu cierpieniom zależnym od mleka.* Sprawozdawca twierdzi: 1) że można osiągnąć produkcję mleka gwarantowanego, lecz użycie mleka surowego nie może być powszechne wobec trudności otrzymania go w postaci mleka bez zarzutu. Może ono być czasem stosowane jako pokarm-lek. Jest konieczna pasteuryzacja mleka gwarantowanego; 2) że mleko takie można otrzymać, dzięki możliwie dokładnej kontroli sanitarnej mleka. Kontrola taka winna odbywać się w składach mleczarskich, które sta-

nowią źródło pośrednie między fermą mleczną i sklepami w mieście. Kontrola winna być urzędowa i polegać na szeregu sposobów obecnie dobrze znanych; 3) że pasteuryzacja jest niezbędna nie tylko dla mleka gwarantowanego, lecz i dla ogromnej ilości mleka, przeznaczonego dla celów odżywczych; 4) że mleko, w ten sposób zebrane, sprawdzone, pasteuryzowane, nalane do butelek i zagwarantowane, musi być z konieczności droższe niż mleko, sprzedawane w postaci pospolitej; 5) że, w razie braku tej organizacji, gotowanie mleka przed jego spożyciem jest jedynym sposobem, mającym na celu zopobieganie niebezpieczeństwa tego pożywienia dla dzieci; 6) że jest zatem pożądane, by, dzięki wytrwałej inicjatywie we wszystkich krajach, były udoskonalone warunki produkcji i sprzedaży mleka, a na użytek dla dzieci było dostarczone mleko zagwarantowane i nieszkodliwe dla nich w spożyciu.

J. M. Hamill (Londyn) twierdzi, że w obrębie Londynu i okolic jego 2 na 100 krów są gruźlicze i że corocznie zapada na gruźlicę za pośrednictwem mleka 2000 jednostek ludzkich. Nawoluje on zatem do pasteuryzacji.

Feer (Zurich) jest zdania, że często wystarcza podać oseskowi 800, a nawet 500 grm. mleka w ciągu 24 godzin z warunkiem dodawania jeszcze cukru i mączki, a od wieku 6-ciu miesięcy kaszki, jarzyn i owoców.

Monrad (Kopenhaga) był dawniej zwolennikiem mleka surowego, lecz obecnie nim nie jest. Radzi on obecnie używać mleko pasteuryzowane, podawane przed użyciem zagotowaniu w ciągu 1—2 minut, gdyż pomimo pasteuryzacji w mleku mogą pozostać żywe łańcuszkowce, las. okrężnicy i las. Koch'a. Mleko surowe trzeba poddawać specjalnej bardzo ścisłej kontroli.

Rohmer (Strasburg) podkreśla znaczenie dystrofij, zależnych nie od obecności zarazków, lecz od braku witaminy C. Dystrofje te dotychczas nie mogły być stwierdzone, ponieważ nie dają one żadnego specjalnego objawu klinicznego. W celu stwierdzenia ich trzeba wykonywać specjalne t. zw. „testy".

Mauriquand (Lyon) również podkreśla duże znaczenie zubożenia, ukrytego w organizmie, a związanego z podawaniem mleka, pozbawionego w mniejszym lub większym stopniu witamin. Następstwem tego zubożenia są rozmaite dystrofje ukryte. Wystarczy zadziałanie czynnika wyjawiającego (facteur de révélation), by zaburzenie u dotychczas pozornie zdrowego dziecka zostało ujawnione. Bywa to, naprzykład, w krzywicy.

D o n i e s i e n i a r ó ż n e.

Gyözö (Węgry). *Różnice jakościowe ciepłot gorączkowych u dzieci.* Mówca twierdzi, że na ciepłotę ciała u dzieci może mieć wpływ konstytucja osobnika, jego reakcje indywidualne, jego wiek oraz przyczyna stanu gorączkowego.

F. Schlutz (Chicago). *Złe odżywianie i zmęczenie.* Mówca stwierdza duże znaczenie w powstawaniu zmęczenia brak równowagi fizyczno-chemicznej w organizmie. Podkreśla on znaczenie ergografu, który wraz z badaniem krwi dostarczyć może wskazówek co do skłonności do męczenia się.

Péhu (Lyon) i *P. Woringer* (Strasburg). *Obecne leczenie pryszczycy osesków.* Leczenie dyetą nie doprowadzało dotychczas do całkowitego wyleczenia, aczkolwiek czasem dawało przejściową poprawę. W cierpieniu tem u osesków wyłączenie allergenu najczęściej jest możliwe do osiągniecia, o ile dziecko jest karmione piersią lub mlekiem krowiem. Usunięcie allergenu z pożywienia nie jest jednak sposobem leczniczym pożytecznym. Odczulenie specyficzne dawało pewne widoki na powodzenie u osesków chorych na pryszczycę holoallergicznych na białko jajka kurzego, lecz sposób ten posiada strony ujemne, które czynią go trudnym do zastosowania w praktyce codziennej.

Sposoby, mające na celu zmiany w leczeniu allergicznym, są liczne: auto- i hetero-hemoterapja, naświetlanie promieniami X, promieniami infraczerwonemi i ultrafioletowemi. Jako sposób nowy w leczeniu prvszczycy osesków wprowadzono leczenie szczepionkami bakteryjnemi. Woringer ogłosił niedawno bardzo pomyślne wyniki, otrzymane przez niego ze szczepionką B. C. G. Péhu również otrzymał znakomite wyniki w leczeniu szczepionką enterokokkową. Leczenie szczepionkami bakteryjnemi jest zatem obecnie najlepszym sposobem leczenia pryszczycy u osesków.

M. Cohen (Bruksela). *Nowe badania nad lasecznikiem posocznicowego zapalenia opon mózgowych.* Referent porusza sprawę zapaleń opon mózgowych, zależnych od lasecznika Pfeiffer'a. Zapalenia te są zawsze śmiertelne. Pod względem morfologicznym zarazek ten jest identyczny z bac. Pfeiffer'a, lecz różni się od tegoż innemi cechami, wykrywanemi badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i hemokulturą. Nowe badania autora potwierdzają powyższe dane. Niedawno, tak w Brukseli jak i w Paryżu, spostrzegano przypadki endocarditidis lentae, w których wykryto identyczne bakterje.

E. Lesné, R. Clément i *S. Briskas* (Paryż). *Podstawowa przemiana materji w pewnych stanach przeczulenia u dziecka (astma,*

pokrzywka, strophulus). Referenci dowodzą, że w stanach takich stwierdza się znaczne ograniczenie podstawowej przemiany materji. Znane jest wielkie znaczenie terenu w tych różnych przejawach uczulenia, znana jest częstość u tych osobników zaburzeń w układzie roślinnym i zuburzeń wewnątrz-wydzielniczych. Wiadomo również, jakie cenne wnioski lecznicze wypływają z tych danych. Często ograniczenie podstawowej przemiany materji daje, naprzykład, podstawę do wnioskowania o istnieniu stanu upośledzonej czynności tarczycy, kiedy tymczasem innymi sposobami stanu tego wykryć nie udaje się.

G Blechmann, H. Montlaur i *A. Leconte. Akrodynia u dzieci i odczyny intradermiczne.* Referenci i referentka (ostatnia z wymienionych) w 4 przypadkach akrodynji wykonywali te odczyny za pomocą szczepionek przeciwpaciorkowcowych i przeciwgronkowcowych oraz za pomocą anatoksyny przeciwpaciorkowcowej w jednym z tych 4-ch przypadków. Odczyn był dodatni na szczepionki przeciwpaciorkowcowe. Badania na obecności paciorkowców w łuskach dały ujemny wynik. Badania te świadczą na korzyść teorji infekcyjnej zespołu Swift-Feer'a.

P. Nobécourt (Paryż). *Wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego w przewlekłych zapaleniach nerek ze wzmożonem ciśnieniem krwi u dzieci.* Referent stwierdza, że istnieje u dzieci rzadka postać przewlekłego zapalenia nerek, którą cechuje wczesne i stałe wzmożenie ciśnienia tętniczego. Objawami tej postaci są napady bólu głowy, napady bólu w brzuchu, drgawek, zaburzeń wzrokowych (osłabienie lub utrata wzroku). Objawy te tworzą zespół, charakteryzujący wzmożenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Hanna Marynowska (Wilno). *Wpływ dyety jabłkowej na równowagę kwaso-zasadową.* Referentka zwraca uwagę na wyniki leczenia za pomocą dyety, składającej się z owoców surowych, szczególnie jabłek, rozwolnień u dzieci. Zawiadamia ona o wynikach badań, przeprowadzonych przez siebie nad właściwościami fizyko-chemicznemi owoców i nad wpływem dyety jabłkowej na równowagę kwaso-zasadową.

Simon L. Ruskin. Mechanizm nerczycy w następstwie zapaleń jam nosowych w dzieciństwie. Stała utrata wydzieliny nosowej, jak dowodzą badania biologiczne i bio-chemiczne, powoduje zmiany w przemianie kwasu nukleinowego, które prowadzą do nerczycy tłuszczowej. Nerczycę tę należy leczyć podawaniem przetworów nukleinowych, adeniny, guaniny.

P. Nobécourt (Paryż). *Czy należy rozpowszechniać surowe mleko krowie jako pożywienie dla osesków?* Zdaniem referenta gotowa-

nie mleka w zwykłych warunkach wyjaławiania nie wywiera w składzie fizyko-chemicznym mleka i w jego właściwościach takich zmian biologicznych, które by usprawiedliwiały rozpowszechnianie mleka surowego jałowego przy żywieniu osesków zdrowych. Jałowe mleko surowe winno być uważane za środek dla odżywiania osesków chorych.

E. Wieland (Bazyleja). *Przypadki krzywicy oporne na zwykłe leczenie specyficzne.* Pewne przypadki krzywicy, zresztą rzadkie, są oporne przy leczeniu promieniami ultrafioletowymi, *uwesterolem* lub pokarmami upromienionymi nawet wtedy, kiedy żadne zakażenie wtórne nie przyczynia się do opóźnienia wyleczenia. W przypadkach takich może przynieść korzyść zmiana pożywienia z dostarczeniem dziecku owoców i jarzyn. Pożywienie, zawierające dużo witamin, dużo wapnia i fosforu, jest dostateczne, by podnieść miano fosforu we krwi do 50 miligr. na 100 i wzmocnić kościec. Stąd wniosek, że poza witaminą D, należy w poszukiwaniu przyczyn krzywicy, zwracać uwagę na jakiś nieznany czynnik o przyrodzie niespecyficznej.

P. Armand - Delille. Ch. Lestocquoy i *Huguenin. Badania anatomiczne nad splenopneumonią w drugim okresie wieku dziecięcego.* Ponieważ cierpienie to zwykle ulega wyleczeniu, badania anatomiczne można przeprowadzić tylko wówczas, kiedy dziecko umiera z innej przyczyny. Referenci, powołując się na dwa takie przypadki, dochodzą do przekonania, że w cierpieniu tem główną rolę odgrywa zarazek gruźlicy, gdyż w obu przypadkach znajdywali oni w ogniskach zapalnych w płucach gruzełki nekrotyczne z licznymi lasecznikami Koch'a. Na zasadzie tych spostrzeżeń autorzy dochodzą do wniosku, że splenopneumonia pochodzenia gruźliczego może uledz wyleczeniu bez śladu w parę miesięcy, albo też może przeciągnąć się do $1^1/_2$ roku, wywołując w płucu stwardnienie, któremu towarzyszyć mogą rozszerzenia oskrzeli.

S. Monrad (Kopenhaga). *Rokowanie i leczenie padaczki w wieku dziecięcym i u wyrostków.* Referent porzucił już leczenie przetworami bromu, ponieważ niezbędne tu dawki są często tak wysokie, że powodują zatrucie. Posiłkuje się on od szeregu lat boraksem i luminalem. Referent nalega na konieczność leczenia dzieci takich w szpitalach, gdyż tylko w szpitalach można zastosować dawki konieczne, łącząc leczenie z obserwacją.

IV Zjazd międzynarodowy pedjatrów ma odbyć się w r. 1936 w Rzymie pod przewodnictwem profesora Spolverini'ego, dyrektora kliniki chorób dziecięcych w Rzymie.

L. K.

Prof dr. Julius Bauer (Wiedeń). **O hypertermji nawykowej.** Ars medici Nr. 8, 1933 r. Poglądy lekarzy na stany podgorączkowe u ludzi w ostatnich latach uległy zasadniczej zmianie. O ile przed 20 laty, gdy stan taki przewlekał się miesiącami i latami przy braku wyraźnych objawów jakiegoś cierpienia, chętnie rozpoznawano „gruźlicę gruczołów przywnękowych" lub „nieżyt szczytów płucnych", to w ostatnich latach rozpoznania podobne stały się o wiele rzadsze. Straciły swoje znaczenie dane opukiwania i osłuchiwania z użyciem rozmaitych udoskonalonych sposobów, ze zwracaniem uwagi na każde zaostrzenie wdechu i wydłużenie wydechu nad szczytami, a to mianowicie dzięki rozszerzeniu widnokręgu nowych poglądów na gruźlicę płuc. Dzięki postępom roentgenologji płucnej inaczej zapatrujemy się obecnie na początkową czynną sprawę gruźliczą w płucach i na gruźlicę gruczołów przywnękowych. Obecnie, obserwując stan podgorączkowy u danego chorego, istniejący bez wyraźnej przyczyny, mamy sprawy gruźlicze na ostatnim planie przy ustaleniu rozpoznania. Coraz częściej podejrzewa się jako przyczynę stanu podgorączkowego takie cierpienia, jak endocarditis lenta, przewlekłe ropienie w migdałkach, sprawy zakaźne, mające swe źródło w cierpieniu zębów, lekkie przewlekłe cierpienia pęcherzyka żółciowego lub też umiejscowione w innych narządach sprawy zapalne. Są jednak zdaniem autora takie stany podgorączkowe, które nie mają żadnego związku z zakażeniem, lecz zależą od pierwotnych zboczeń w ośrodkowym regulowaniu ciepłoty.

Kwestja, czy istnieją stany gorączkowe hysteryczne lub też zmiany ciepłoty ciała na tle nadmiernej czynności gruczołu tarczowego, musi być obecnie rozstrzygnięta w sposób twierdzący. I ta jednak rzecz cała sprowadza się do zaburzeń w regulowaniu ciepłoty w ośrodkach nerwowych, nie mających żadnej łączności ani z hysterją ani z nadmierną czynnością gruczołu tarczowego. Zaburzenia te należą do zaburzeń i nieprawidłowości w układzie wegetatywnonerwowym. Polegają one na nadmiernej pobudliwości i nieharmonijnem zespoleniu pojedyńczych odcinków tego układu.

Rzecz zrozumiała, że, by dojść do takiego wniosku w każdym poszczególnym przypadku, należy starannie wyłączyć za pomocą wszystkich rozporządzalnych sposobów rozpoznawczych istnienie stanu zakaźnego. Należy przeprowadzić nietylko staranne i kilkakrotne badanie płuc, przestrzeni nosowo gardzielowej, jam bocznych nosa, narządów brzusznych wraz z przydatkami i gruczołem krokowym, zębów, lecz również uskutecznić badanie morfologiczne krwi, przedewszystkiem zaś wykonać próbę Biernackiego, a to wszystko celem wy-

łączenia istnienia sprawy zakaźnej. Należy wykonać próbę Hollö'go, czyli t. zw. próbę pyramidonową: jeżeli choremu z nawykowym stanem podgorączkowym lub gorączkowym podawać conajmniej siedmiokrotnie w ciągu doby po 0,3 pyramidonu, a starannie przeprowadzona kontrola krzywej ciepłoty w porównaniu z dniami poprzedzającymi, nie wykaże w tym dniu żadnego spadku ciepłoty, to fakt ten wyraźnie przemawia za istnieniem nawykowej hypertermji na tle zaburzeń w układzie wegetatywno-nerwowym.

Traktowanie takich przypadków jako cierpienia płuc, gruczołów przywnękowych, zębów, migdałów, badanie w nich podstawowej przemiany materji, wykonywanie próby Abderhalden'a, opromienianie gruczołu tarczowego promieniami Roentgena nie tylko nie przynosi żadnej korzyści choremu, lecz wytwarza u niego nastrój hypochondryczny, przygnębiony, lękliwy. Nastrój taki jest już do usunięcia trudny. Chorym takim trzeba wytłomaczyć, że cierpienie ich jest mało znaczące, niewinne, trzeba chorych takich podnieść na duchu, wzmocnić organizm ich odpowiedniemi środkami, nie wyłączając hydropatji. Lekarze, zajmujący się praktyką, powinni wiedzieć o przyczynach nawykowych stanów podgorączkowych, jeżeli uniknąć chcą szkodzenia swym pacjentom. *L. K.*

Ankieta prof. Brandenburga na temat stosowania naparstnicy. (Medizinische Klinik №№ 9, 10, 11, 17 — 1933 r.).

Pomimo, że naparstnica prawie od półtora wieku stanowi jeden z najskuteczniejszych środków leczniczych, pomimo że metody analityczne chemji oraz metody badań fizjologicznych umożliwiają dokładne badanie działania środków leczniczych, to jednak stosowanie naparstnicy poza pewnemi typowemi schorzeniami serca, stanowi do tej pory teren ścierania się poglądów. To z pewnością skłoniło prof. K. Brandenburga do rozesłania ankiety na temat.

Naparstnica jako środek zapobiegawczy w osłabieniu krążenia pochodzenia sercowego i środek leczniczy w osłabieniu krążenia pochodzenia naczyniowego.

We wstępie *K. Brandenburg* kładzie nacisk na uwzględnienie w odpowiedziach *wartości naparstnicy jako środka zapobiegawczego.*

Autor zwraca uwagę, jak różne są zdania co do zakresu działania naparstnicy. Jedni uznają działanie naparstnicy tylko na serce chore, inni przypisują jej wpływ na wzmożenie siły serca zdrowego. Na wielu klinikach chirurdzy stale używają preparatów naparstnicy przed zabiegami. Z internistów *Jagič* (Wiedeń) stale reprezentuje

pogląd skuteczności terapji naparstnicowej przy sercu, nie zdradzającem jeszcze objawów niedomogi. Zaleca on profilaktyczne podawanie naparstnicy przed zabiegiem, każdą postać zapalenia płuc uważa za wskazanie do podawania naparstnicy, podaje ją przy hypertyreozach z częstoskurczem razem z chininą nawet w braku osłabienia serca, a szczególniej przed zabiegiem usunięcia wola. Przy dobrze wyrównanych wadach serca stale podaje naparstnicę 2 razy na miesiąc w ciągu 2 — 3 dni.

Podawanie naparstnicy przy zapaleniu płuc stosowano od dawna. Niemeyer przypisuje jej działanie *przeciwgorączkowe, zmniejszające* tętno, porównuje ją z upustem krwi, stawiając ją jednak wyżej od upustu.

Doświadczenia kliniczne z ostatnich lat nie potwierdzają zapobiegawczego działania naparstnicy. *Wollheim* z kliniki G. Bergmanna podaje, że naparstnica nie działa przy osłabieniu krążenia pooperacyjnem oraz po zakażeniach Przy porażeniu nerwów naczynioruchowych przez jady bakteryjne lub przez wstrząs operacyjny ilość krążącej krwi zmniejsza się przez „skrwawienie się" do rozszerzonych naczyń.

Naparstnica również obniża krążącą ilość krwi, wypełniając zbiorniki krwi i dlatego w tych wypadkach nie może być użyta. Tutaj wskazana jest adrenalina.

Groscurth i Bansi po swoich doświadczeniach doszli do przekonania, że podawanie naparstnicy zdrowym osobnikom podnosi ich sprawność, reguluje krążenie i mobilizuje siły 'zapasowe. Sprzeciwia się to poglądom doświadczonych internistów, którzy tylko niedomogę serca uważają za wskazanie do podawania naparstnicy.

Z podanych tu względów K. Brandenburg formułuje pytanie do ankiety jak poniżej:

I. Czy ogranicza Pan podawanie naparstnicy tylko do serca z niedomogą?

II. Czy podaje Pan naparstnicę chorym o sercu wydolnem jako środek zapobiegawczy.

a) jako przygotowanie do zabiegu,
b) jako środek, zapobiegający osłabieniu krążenia przy gorączkowych chorobach infekcyjnych,
   1) zapaleniu płuc krupowem i odoskrzelowem,
   2) innych sprawach infekcyjnych, zapaleniu wsierdzia, osierdzia, w stanach septycznych i allergicznych,
   3) zakrzepach żył i zatorach płuc;
c) przy sercu wydolnem ale zagrożonem, lub lekko uszkodzonem

1) przy hypertyreozach, przyśpieszeniu tętna,
2) przy wyrównanych wadach serca,
3) przy wydolnem sercu u hypertoników,
4) po dusznicy bolesnej, uszkodzeniu mięśnia sercowego i po starych zawałach sercowych, przy sklerozie naczyń wieńcowych,
5) przy zagrożeniu prawego serca — rozedma płuc, tylnoboczne skrzywienie kręgosłupa.

Odpowiedzi: *Prof Dr. Theodor Brugsch* (Klinika wewn. Halle) podaje naparstnicę tylko przy sercu niewydolnem, gdyż przy czynności normalnej lub nadmiernej („optimal" lub „superoptimal") serca, naparstnica nie działa. Często wydolne serce staje się nagle niewydolnem (np. przy zatorze płuc) i wtedy podawanie naparstnicy jest konieczne. Podobnie przy rozedmie płuc, roztrzeni oskrzelowej, skrzywieniu kręgosłupa — podawanie naparstnicy jest konieczne, ale tylko tak długo, dopóki czynność serca w stosunku do oporów jest niedostateczna (suboptimal)

Przy płatowem zapaleniu płuc sama istota choroby (zmniejszenie powierzchni oddechowej, wzmożenie oporów) stwarza warunki do podawania naparstnicy. Podobnie zapalenie płuc odoskrzelowe u ludzi starych.

Przy gorączkowych chorobach zakaźnych stosuje naparstnicę tylko w zależności od upośledzenia czynności serca. Jako wskaźnik osłabienia czynności serca w chorobach gorączkowych uważa nagłe przyśpieszenie tętna, obniżenie ciśnienia tętniczego, wzmożenie ciśnienia żylnego, akrocyanozę, ochłodzenie kończyn i t. d.

Przy zapaleniu wsierdzia — wystąpienie szmeru uważa za wskazanie do ostrożnego podawania naparstnicy. Podaje ją również w okresie rekonwalescencji, gdyż szczególniej w tym czasie występują objawy niedomogi serca, co sprzyja powstawaniu zakrzepów (wolniejszy obieg krwi).

Uważa za niewskazane podawanie naparstnicy zapobiegawczo u chorych o sercu wydolnem tembardziej, że później w razie nagłej potrzeby np. po operacjach nie można podać doraźnie działającego środka jak strophantyna wskutek obawy kumulacji działania.

W stanach nadczynności tarczycy podaje naparstnicę li tylko w wypadku niedomogi serca, w przeciwnym bowiem razie u chorych występuje pogorszenie objawów sercowych. Podobnie postępuje u chorych z nadciśnieniem.

Szczególnie trudna jest decyzja w wypadku zawału serca i zwężenia naczyń wieńcowych. Autor uważa za wskazane podawanie naparstnicy w każdym wypadku schorzenia naczyń wieńcowych serca, począwszy od najmniejszych objawów osłabienia serca, do zdecydowanej zapaści.

Przy leczeniu naparstnicą serca o chorych naczyniach wieńcowych należy zwracać uwagę na to, by naczynia te były stale otwarte, co ważne jest szczególnie przy ew. leczeniu strophantyną zawału sercowego. Dzieje się to najlepiej przez jednoczesne wlewanie dożylne euphyliny lub dłuższe podawanie środków, rozszerzających naczynia wieńcowe (Azotyny, związki purynowe).

Prof. Pels-Leusden (klin. chir. Greifswald) krótko odpowiada na pytania. Ogranicza podawanie naparstnicy do serca niewydolnego. Przy sercu wydolnem naparstnicy nie podaje, gdyż widział często skurcze nadliczbowe. Przed zabiegiem naparstnicy nie używa. Jako środka zapobiegawczego przy zapaleniu płuc, zapaleniu wsierdzia, osierdzia, stanów septycznych, allergicznych stosuje digalen. Przy zakrzepach i zatorach płuc nie stosuje naparstnicy.

Przy wydolnem lecz zagrożonem, lub nieco uszkodzonem sercu rzadko stosuje naparstnicę. Przy nadczynności tarczycy i stanach częstoskurczu uważa naparstnicę za szkodliwą. Przy wyrównanych wadach serca nie podaje naparstnicy. U chorych z nadciśnieniem lecz z wydolnem sercem, w stanach dusznicy bolesnej, zawałach sercowych przy miażdżycowo zmienionych naczyniach wieńcowych, przy zagrożonem prawem sercu, rozedmie płuc, skrzywieniu kręgosłupa podaje digalen.

Prof. E. Edens (klin. wewn. Düsseldorf) uważa, że terapeutyczne dawki naparstnicy działają tylko na serce niewydolne z jednoczesnym przerostem serca, podaje jednak naparstnicę nietylko w wypadkach ciężkiej niedomogi, lecz i niedomogi lekkiej w celach zapobiegawczych.

Strophantyna ma wpływać dodatnio na skurczową pracę serca przy niedomodze bez przerostu serca. Przy sercu zdrowem naparstnicy jako środka przygotowawczego przed zabiegiem nie podaje. Podobnie przy sercu zdrowem nie podaje naparstnicy ani przy zapaleniu płuc, ani przy chorobach infekcyjnych i unika jej zależnie od przypadku także przy zakrzepach żył i zatorach płuc. Natomiast w tych wypadkach w razie potrzeby stosuje strophantynę. Przy sercu wydolnem lecz zagrożonem lub nieco uszkodzonem przechyla się ku stosowaniu naparstnicy jeżeli jest przerost serca, a więc w wypadkach nadczynności tarczycy stosuje naparstnicę lub strophantynę za-

leżnie od stanu serca; przy wyrównanych wadach zastawkowych serca, przy wydolnem sercu hypertoników oraz w wypadku zagrożenia prawego serca u chorych z rozedmą płuc lub scoliozą — naparstnicę; w stanach zaś po dusznicy bolesnej, w uszkodzeniu mięśnia sercowego lub po starych zawałach serca — strophantynę.

Prof. Rudolf Szmidt (Praga) uważa za wskazane ograniczenie podawania naparstnicy do przypadków z sercem niewydolnem lub które staje się niewydolnem z objawami żylnego zastoju oraz duszności ruchowej lub wysiłkowej. Przedoperacyjne podawanie naparstnicy przy zdrowem i wydolnem sercu uważa za objaw polipragmazji nie prowadzący do celu. W zapaleniu płuc uzależnia podawanie naparstnicy od istniejącej przed zachorowaniem niedomogi serca Nasycanie naparstnicą w chorobach infekcyjnych nie chroni układu krążenia od niewydolności, gdyż w tym wypadku chodzi nie o zagadnienie centralne — sercowe, lecz o sprawę obwodową naczynio-ruchową. Podawanie naparstnicy nie jest w tym wypadku obojętne. Szkodliwe jej działanie przy istnieniu ognisk zapalnych na tle infekcyjnem w mięśniu sercowym wyraża się w powiększeniu się P. R. — przerwy (interwall), wzrasta skłonność do częstoskurczu napadowego, do niemiarowości, do migotania komór i może dojść do podrażnienia trzeciorzędnych ośrodków. Amerykańskie statystyki wykazują większą śmiertelność chorych, otrzymujących naparstnicę w podobnych przypadkach.

Przy zakrzepach infekcyjnych niema przeciwskazań do naparstnicy. Przypadki częstoskurczu pochodzenia nerwowego czy też wskutek nadczynności tarczycy nie nadają się do stosowania naparstnicy, o ile serce jest wydolne.

Naparstnica wskazana jest przy migotaniu oraz wyraźnej niedomodze serca. Nadciśnienie ustrojowo-miażdżycowe przy zdrowem sercu nie powinno być leczone naparstnicą. Bezwzględne przeciwwskazanie do podawania naparstnicy stanowi zakrzep tętnicy wieńcowej serca (okklusionsangina), gdyż może wywołać śmiertelne migotanie komór.

Osłabienie układu krążenia po zabiegach uważa Szmidt za sprawę nie sercową lecz naczyniową, wskazania więc tutaj do podawania naparstnicy nie znajduje.

Prof. Morawitz (klin. wewn. Lipsk) nieco szerzej odpowiada na pytania Twierdzi, że naparstnica podana osobnikowi ze zdrowym układem krążenia w dawkach blizkich granicy zatrucia nie wywołuje zmian w krążeniu (ilość tętna, ciśnienie tętnicze i żylne, pojemność życiowa). Podobnie jest u zwierząt. Wpływ naparstnicy na „pojem-

ność minutową" u człowieka jest różny. Prawdopodobnie metody badania są nieścisłe. O ile wpływ naparstnicy na serce niewydolne jest znany, o tyle wpływ składników naparstnicy na naczynia nie jest ustalony. Zależnie od dawki występują na pierwszy plan objawy bądź centralne, bądź obwodowe. Naparstnicę stosuje Morawitz nietylko przy niewyrównanych wadach zastawkowych, lecz także przy nadciśnieniu, w zaburzeniach przewodnictwa (nawet przy całkowitym bloku sercowym) i t. d. Morawitz jest przeciwnikiem podawania naparstnicy przed zabiegami u sercowo zdrowych. Nie pozwala to bowiem na podanie strophantyny w razie zapaści, jak również jest przyczyną zwężenia naczyń wieńcowych serca, co pogłębia jeszcze zwężające działanie chloroformu (H. Rein). W pooperacyjnem porażeniu krążenia są wskazane środki zwężające naczynie na drodze centralnej albo bezpośredniej oraz pobudzające serce (analeptica).

W wypadkach zapalenia płuc, gdzie przyczyną niedomogi krążenia widzi raczej w zapaści naczyniowej niż w osłabieniu serca, nie podaje naparstnicy podobnie jak w chorobach zakaźnych, gdzie występują zazwyczaj ostre stany zapalne w mięśniu sercowym, co uważa za przeciwskazanie do podawania naparstnicy. Przy zakrzepach i zatorach płucnych stosuje naparstnicę w zależności od niewydolności serca. Na sam proces zakrzepowy wpływu naparstnicy nie widzi.

Przy hypertyreozach naparstnica, jak wiadomo, działa niewiele. W ostatnich czasach, zauważono jednak dodatnie działanie naparstnicy na serce przy chorobie Basedowa, szczególnie w stanach niemiarowości stałej. W przypadkach częstoskurczu bez zmian anatomicznych w sercu naparstnica nie jest wskazana. W wyrównanych wadach serca, gdzie występowała przedtem niedomoga, Morawitz radzi od czasu do czasu podawać naparstnicę. Przy nadciśnieniu u ludzi młodych, gdzie objawy nerwowe występują na pierwszy plan — podawanie naparstnicy jest bezcelowe, natomiast u osób starszych, szczególnie przy istniejącem zwężeniu zastawki dwudzielnej, Morawitz radzi podawać naparstnicę.

W schorzeniach naczyń wieńcowych serca radzi być ostrożnym w podawaniu naparstnicy, która może wywołać napady dusznicy bolesnej Może również wywołać skurcze dodatkowe, a nawet częstoskurcz. W ostrym stanie zawału serca podanie naparstnicy może spowodować natychmiastową śmierć. Przy rozedmie płuc, tylno-bocznem skrzywieniu kręgosłupa naparstnicę można podawać — rezultat niepewny.

Prof. Guleke (klin. chirurg. Jena) stale podaje naparstnicę na 1—1$^1/_2$ dnia przed zabiegiem chorym starszym, przedewszystkiem

mężczyznom dobrej tuszy w wieku 45 — 50 lat, szczególnie przy objawach zaburzenia czynności serca. Pomimo nowszych badań internistów, które wydają się przeczyć wartości zapobiegawczej naparstnicy w tych przypadkach — Guleke stosuje naparstnicę nadal z dobrym wynikiem Podaje ją również w przypadkach pooperacyjnego zapalenia płuc i wogóle w stanach infekcyjnych i septycznych. Przestrzega natomiast przed podawaniem naparstnicy przy świeżych zakrzepach i świeżych zatorach.

Prof. Nonnenbruch (II klin. wewn. — Praga) zasadniczo podaje naparstnicę w przypadkach niedomogi serca. Zapobiegawczo tylko tam, gdzie niedomoga grozi. W przypadku pooperacyjnej zapaści, t. j. obwodowego porażenia naczyń stosuje coraminę, cardiasol, strychninę, koffeinę, sympatol; przy osłabieniu akcji serca — strophantynę. Cardiasol i coraminę uważa przy zapaści za niezbędne ze względu na ich działanie na ośrodek oddechowy i naczynioruchowy. Nie widzi też Nonnenbruch przeciwskazania do podawania naparstnicy przy zatorach płuc oraz zakrzepach, jako też przy nadczynności tarczycy oraz niemiarowości tętna.

W przypadkach dusznicy bolesnej z nadciśnieniem stosuje naparstnicę, ale często też podaje dożylnie strophantynę z euphylliną i cukrem. Podobnie postępuje w przypadkach miażdżycy naczyń wieńcowych serca.

Prof. Jagič (II klin. wewn. — Wiedeń) oświadcza, że podawanie naparstnicy przy sercu wydolnem w pewnych przypadkach jest wskazane. A więc przed każdym zabiegiem chirurgicznym, bez względu na jego rodzaj i stan serca, uważa za konieczne podawanie naparstnicy w ciągu kilku dni. Powołuje się na nowsze badanie i statystykę II klin. chirurgicznej w Wiedniu, gdzie po zastosowaniu zapobiegawczego podawania naparstnicy ilość pooperacyjnych komplikacji płucnych spadła z 27% do 8%.

Tak samo postępuje w przypadkach chorób infekcyjnych, a rozpoznanie zapalenia płuc (bez względu na rodzaj) stanowi dla niego bezwzględne wskazania do podawania naparstnicy. Przy nadczynności tarczycy, szczególnie przed spodziewanym zabiegiem chirurgicznym również stosuje naparstnicę z chininą. W wyrównanych wadach zastawkowych podaje naparstnicę 2—3 dni w miesiącu, uważając, że w ten sposób zapobiega się do pewnego stopnia wystąpieniu objawów niedomogi.

Prof. von Bergmann (II klin. wewn.— Berlin) przedewszystkiem rozważa zagadnienie istoty „wydolnego serca“ w poszczególnych przypadkach. Jeżeli chodzi o choroby zakaźne, to uważa, że sam proces

chorobowy, poza działaniem na naczynia obwodowe, wywołuje jednak zmiany w mięśniu sercowym, które mogą wywołać niedomogę serca. A wówczas powstaje sytuacja, że pod wpływem kamfory, cardiasolu, ephetoniny, strychniny i t. p. „skrwawienie obwodowe" ustąpi, do serca doprowadzona zostanie dostateczna ilość krwi, ale uszkodzony mięsień sercowy nie będzie mógł podołać temu obciążeniu. Z powyższych względów uważa v. Bergmann podawanie naparstnicy za wskazane, tembardziej, że nie możemy przewidzieć przebiegu sprawy chorobowej. Podobnie u ludzi starszych przed zabiegiem, gdyż nigdy nie możemy przewidzieć czy serce dotychczas wydolne przy obciążeniu go nie stanie się niewydolnem.

Mniejszą możliwość wystąpienia niewydolności serca po zabiegach chirurgicznych widzi von Bergmann u ludzi z nadciśnieniem i przerostem lewej komory, ale bez uszkodzenia mięśnia, dolegliwości dusznicowych i przy dostatecznem ukrwieniu wieńcowem. Wniosków Groscurth'a i Bansi'ego o zwiększaniu siły czynnościowej serca u ludzi zdrowych von Bergmann zgodnie z wnioskami Herxheimera nie uważa za słuszne.

Dlatego też, uważając za wskazane ograniczenie podawania naparstnicy tylko do serca niewydolnego i niepodawanie tego leku zapobiegawczo przy sercu wydolnem, zaznacza, że istota rzeczy tkwi właśnie w określeniu, czy dane serce jest istotnie wydolne, co przy naszych metodach w praktyce jest rzeczą trudną. Nadciśnienie nie stanowi przeciwskazania do podawania naparstnicy.

stotnem dla ustalenia wskazania do stosowania naparstnicy w danym przypadku jest rozstrzygnięcie pytania, czy zamało krwi dopływa drogami żylnemi do serca, czy też serce nie jest w stanie podołać normalnemu lub też zwiększonemu zadaniu.

Prof. Stepp i *Doc Parade* (klinika wewnętrzna we Wrocławiu) ograniczają podawanie naparstnicy do niedomogi obydwóch lub jednej z komór serca. W ciężkich przypadkach stosują dożylnie naparstnicowe preparaty lub strophantynę, która szczególnie dobrze działa przy wadach zastawki dwudzielnej, a zwłaszcza zwężeniu się zastawek oraz nadciśnieniu (normalnie przy sercu niewydolnem). Jako środek zapobiegawczy przed zabiegiem chirurgicznym, naparstnica bywa przez nich stosowana tylko przy sercu obecnie lub dawniej niewydolnem. Przy chorobach zakaźnych, autorzy, dobrych wyników podawania naparstnicy, jako środka zapobiegawczego niewydolności, nie widzieli. Stosują, w razie zapaści naczyniowej, wyżej podane środki (adrenalinę, cardiasol i t d.), ewentualnie strophantynę z glukozą w razie potrzeby. Przy zapaleniu płuc podają kamforę i cadechol; przy świeżem za

paleniu wsierdzia i osierdzia naparstnicy nie stosują; stosują ją dopiero w wypadku objawów niedomogi.

Autorzy przestrzegają przed stosowaniem naparstnicy w przypadkach zakrzepów żylnych, o ile serce jest wydolne, gdyż możliwe jest oderwanie się zakrzepu.

Zator płuc wymaga natychmiastowego podawania środków nasercowych i naczyniowych, a więc pochodnych adrenaliny oraz naparstnicę lub strophantynę.

Przy hypertyreozach bez niedomogi serca podawanie naparstnicy nie jest wskazane. W tych przypadkach zresztą naparstnica na serce nie działa, prawdopodobnie z powodu zwiększenia się ilości krążącej we krwi thyreotoxyny, co utrudnia działanie naparstnicy. W razie potrzeby podawania tego leku, należy zmniejszyć zatrucie organizmu. W tym celu autorzy podają przez parę dni jod (roztwór Lugola, Jodfortan, Dijodtyrosinę), poczem podają naparstnicę z chinidyną. Metoda ta ma dawać często dobre wyniki u wielu autorów (Parade, Haas, Rahm, Meyer) i umożliwia przygotowanie ciężko chorych do zabiegu, o którym przed kuracją nie można było myśleć, ze względu na stan chorych.

W przypadkach częstoskurczu napadowego, o ile ucisk na sinus carotis lub dożylne podanie chininuretanu zawodzi, probują autorzy podawać dożylnie naparstnicę lub strophantynę W razie gdy i to zawodzi ostatecznie stosują apomorphinę. Przy trzepotaniu oraz migotaniu przedsionka z zablokowaniem i odblokowaniem serca, z niemiarowością stałą wskazane jest podawanie naparstnicy w małych dawkach w celach zapobiegawczych. Częstoskurcz serca po chorobach zakaźnych zazwyczaj przechodzi samoistnie. W przypadkach uporczywych można spróbować naparstnicę lub ergocholinę.

Przy wyrównanych wadach zastawkowych, autorzy w poglądach swych na podawanie naparstnicy nie różnią się od innych autorów. U chorych z nadciśnieniem i sercem wydolnem uważają podawanie naparstnicy za zbędne. W przypadkach dusznicy bolesnej trzeba być ostrożnym przy podawaniu naparstnicy, gdyż wydaje się prawdopodobnem, że naparstnica w dużych dawkach wywołuje zwężenie naczyń wieńcowych serca.

W schorzeniach mięśnia sercowego autorzy podają naparstnicę tylko w razie niewydolności serca. W świeżych przypadkach zawału serca napastnica nie jest wskazana, chyba, że jednocześnie wystąpi częstoskurcz niemiarowy lub asthma cardiale. W tych przypadkach wskazane jest podawanie naparstnicy z euphyliną. Zagrożenie prawej połowy serca ze skłonnością do występowania niedomogi (przy ro-

zedmie płuc, skrzywieniu kregosłupa i t. p.) jest wskazaniem do podawania naparstnicy.

Prof. Dr. O. Nordmann (chirurg oddział szpitala Augusta-Victoria—Berlin-Schoeneberg) ogranicza podawanie naparstnicy tylko do przypadków z niewydolnością serca. Nigdy nie widział korzyści z podawania naparstnicy jako środka zapobiegawczego przed zabiegiem chirurgicznym. Powikłania pooperacyjne (płucne, zakrzepy i t. p.) występowały jednakowo często pomimo podawania naparstnicy. Autor zauważył natomiast, że w przypadkach zaburzenia w krążeniu po zabiegu naparstnica nie działa, o ile choremu podawano naparstnicę zapobiegawczo przed zabiegiem. Autor widział jedynie dobre wyniki u chorych, którzy cierpieli często na uczucie ucisku w klatce piersiowej i miewali lekkie napady dusznicy bolesnej. Większą wartość przypisuje autor zaprzestaniu używania przez pacjenta tytoniu i alkoholu na kilka dni przed zabiegiem i wypoczynkowi w łóżku. Statystyka autora nie przekonuje, gdyż za pomocą statystyki wszystkiego można dowieść.

Scherf (klinika wewnętrzna — Wiedeń) zwraca uwagę na to, że zadaniem lekarza jest nietylko leczenie istniejącej niedomogi serca, lecz i zapobieganie jej. Ponieważ jednak nie zawsze jesteśmy w stanie stwierdzić grożącą niedomogę, przeto uważa podawanie naparstnicy w wielu przypadkach nawet bez objawów niedomogi za wskazane.

W przypadkach zapalenia płuc różnego rodzaju u ludzi z chorem sercem (wady zastawkowe, schorzenia mięśnia sercowego), poza środkami działającemi na naczynia obwodowe (kamfora, strychnina), autor podaje natychmiast duże dawki naparstnicy. U chorych ze zdrowem sercem, poza środkami naczyniowemi na szczycie choroby, podaje codziennie $^1/_4$ mgr. strophantyny. Ludzi starych, chorych na zapalenie płuc autor traktuje jak ludzi z chorem sercem.

Przy zapaleniu wsierdzia podawanie naparstnicy autor uzależnia od niewydolności serca; przy zapaleniu osierdzia podawanie naparstnicy jest częściej wskazane, ze względu na większą możliwość wystąpienia niedomogi Na częstość skurczów serca samych przez się naparstnica wpływu nie wywiera. Za nieodzowną uważa autor naparstnicę w przypadkach zatoru płuc u ludzi z chorym układem krążenia. Spowodowania przez to nowych zatorów autor nie obawia się, uważając, że pochodzą one nie z serca lecz z zakrzepów żył kończyn dolnych i miednicy. Autor uważa niezbyt długie leżenie w łóżku jako dobry środek zapobiegawczy przeciwko zatorom. Zatory płuc u ludzi ze zdrowem sercem nie wymagają stosowania naparstnicy.

Nadczynność tarczycy z migotaniem przedsionków, i migotanie przedsionków jako takie, wymaga stosowania naparstnicy nawet przy pełnej wydolności serca, o ile tętno komór przekracza 80 na minutę. Przy nadczynności tarczycy bez migotania przedsionków, podawanie naparstnicy uzależnione jest od niewydolności serca.

Przy częstoskurczu zatokowym z różnych przyczyn podawanie naparstnicy nie jest celowem, przy innych postaciach częstoskurczu działanie naparstnicy jest nadzwyczajne.

Podawanie naparstnicy przy wyrównanych wadach serca oraz nadciśnienia uzależnia autor od poszczególnego przypadku.

Angina pectoris simplex nie wymaga naparstnicy.

W przypadkach zakrzepu naczyń wieńcowych, co powoduje obniżenie ciśnienia krwi i zmniejszenie ukrwienia, a co za tem idzie i osłabienie mięśnia sercowego autor podaje z dobrym skutkiem naparstnicę.

Ze względu na zwężające działanie naparstnicy na miażdżycowo zmienione naczynia, autor podaje ją w połączeniu z rozszerzającemi naczynia środkami jak euphyllina, papaveryna, theophyllina, a to w celu uniknięcia ciężkich zaburzeń jak bezmocz, udar apoplektyczny lub napad dusznicy bolesnej.

Prof. E. Grafe (klinika wewnętrzna i nerwowa — Würzburg) zasadniczo uznaje wartość naparstnicy tylko w stosunku do serca niewydolnego. Zaznacza jednak, że często trudno jest lekarzowi ustalić z pewnością istnienie niedomogi, która niekoniecznie musi się przejawiać w zastojach poszczególnych organów. Często nieznaczna duszność jest pierwszym objawem zaburzeń w małem krążeniu.

Autor jest przeciwnikiem podawania naparstnicy w chorobach zakaźnych.

Uważa, że często nietylko naparstnica ale i strophantyna nie daje rezultatu (A. Fränkel). W przypadkach zakrzepu lub zatoru płuca, autor podaje naparstnicę tylko przy ciężkiej niedomodze serca, przypisując naparstnicy możliwość wywołania nowego zatoru.

Przestrzega przed podawaniem w tych przypadkach strophantyny, gdyż po podaniu 0,3 mgr. strophantyny widział nowy ciężki zator. We wszelkich stanach przyśpieszonej akcji serca bez niedomogi, naparstnicy autor nie podaje.

Chorym na ciężką dusznicę bolesną i ze zmianami w mięśniu sercowym można dla próby podać naparstnicę. Lżejsze przypadki naparstnicy nie wymagają.

Nadciśnienie tętnicze tylko wtedy stanowi wskazanie do poda-

wania naparstnicy, o ile istnieje niedomoga serca, a w szczególności schorzenie aorty.

W przypadkach zagrożenia sprawności serca prawego przy skrzywieniu kręgosłupa, rozedmie płuc i t. p. uważa autor za wskazane podawanie naparstnicy lub strophantyny, szczególnie u ludzi po czterdziestce.

Prof. Meyer (II oddział chirurgiczny szpitala Westend-Charlottenburg) twierdzi, że prace doświadczalne na psach w zastosowaniu do chorych, podlegających zabiegom chirurgicznym, nie mają zastosowania. Zwiększenie napięcia n. błędnego, które występuje przy sercu zdrowem dopiero po bardzo dużych dawkach naparstnicy, a które może być zniesione przez podanie atropiny—w tych przypadkach niema znaczenia. Chirurgom chodzi o zwiększenie siły serca za pomocą naparstnicy, co autor uważa za dowiedzione przez Banci'ego i Groscurth'a i co usprawiedliwia stosowanie naparstnicy jako środka zapobiegawczego przed zabiegami. Autor jest zwolennikiem podawania naparstnicy przy zatorach płuc, przy nadciśnieniu, oraz przy chorobie Basedowa, szczególnie w połączeniu z podawaniem rozczynu Lugola. Autor powołuje się na 189 przypadków wola, w ten sposób przygotowanych do zabiegu, wśród których nie miał ani jednego zejścia niepomyślnego.

Prof. E. Zak (Wiedeń) uważa, że naparstnica przy sercu niewydolnem musi być podawana w odpowiedniej i dostatecznej ilości, jednakże nie w każdej niedomodze serca naparstnica działa i nie zawsze powinna być podawana. A więc w przypadku zaczopowania naczyń wieńcowych serca, naparstnica w ciągu 8—10 dni nie działa, co jest z korzyścią dla pacjenta.

Autor uważa, że uszkodzona część mięśnia sercowego ulega procesowi nekrobiozy, zwiększenie więc ciśnienia w sercu może spowodować pęknięcie serca w miejscu uszkodzonem. Uważa za wystarczające ułożenie chorego w łóżku, o ile objawy zapaści nie zmuszają do stosowania środków naczyniowych. Autor zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zawału płuc i zatoru mózgu. Podawanie naparstnicy zapobiegawczo przed zabiegiem uważa autor za wskazane. Tak samo przy chorobach zakaźnych i zapaleniu płuc. W zapaleniu wsierdzia i osierdzia — zależnie od stanu serca.

Według autora naparstnica nie ma wielkiego działania na naczynia, może być więc podawana przy nadciśnieniu--naturalnie o ile zachodzi tego potrzeba.

W częstoskurczu rytmicznym o charakterze napadowym naparstnica nie działa. W trzepotaniu przedsionków należy podawać

naparstnicę, pod której wpływem trzepotanie przechodzić może w migotanie przedsionka, a potem w rytm zatokowy, co zresztą pacjent nieprzyjemnie odczuwa.

Przy kompletnym bloku wskazane jest ostrożne podawanie naparstnicy. Dobrze działa naparstnica podana wieczorem jako środek nasenny u hypertoników z powiększonem lewem sercem i objawami lekkiej astmy sercowej. W przypadkach zwężenia zastawki dwudzielnej z rytmem zatokowym i częstoskurczem naparstnica działa niewiele.

Przyzwyczajenia naparstnica nie powoduje.

Przy skrzywieniu kręgosłupa, wczesne podawanie naparstnicy może działać zapobiegawczo na objawy niedomogi serca.

Nakoniec inicjator ankiety *prof. K. Brandenburg* (Berlin) stwierdza, że niewydolne serce jest bezspornie terenem działania naparstnicy. Co się tyczy serca wydolnego, to pojęcie wydolności i niewydolności jest tylko funkcją obciążenia i często tylko od niego zależy. Poważny zabieg chirurgiczny bezwątpienia obciąża serce. Podawanie kilkodniowe niewielkich dawek naparstnicy z pewnością nie jest szkodliwe, każdemu więc przed zabiegiem naparstnica podawana być może, a ludziom starym z nerkowem lub naczyniowem nadciśnieniem, z zaburzeniem w układzie wieńcowym i wszędzie, gdzie należy się liczyć z niewydolnością krążenia — naparstnica podawana być musi. W chorobach zakaźnych, aczkolwiek działanie naparstnicy na serce jest wątpliwe, a na naczynia nieprawdopodobne, to jednak autor uważa za możliwe podawanie małych dawek naparstnicy, które mogą wprawdzie nie pomóc, ale i nie zaszkodzą. Jako przeciwskazanie do podawania naparstnicy jest dla autora:

1) świeży zawał serca;

2) sporne przeciwskazanie stanowi częstoskurcz przy chorobie Basedowa. Tutaj jednak podawanie Jodkyrosiny umożliwia późniejsze podawanie naparstnicy. Zakrzepy żył nie są przeciwskazaniem do podawania naparstnicy;

3) serce, którego niedomoga polega na obciążeniu krążenia z dużą sinicą i zastojem wątroby, jest według autora przeciwskazaniem do podawania naparstnicy. Autor uważa, że aczkolwiek w początkowym okresie takiej niedomogi naparstnica może pomóc, to w okresie końcowym z pewnością szkodzi. Szczególnie podawanie dożylne strophantyny lub digipuratu i t. p. może spowodować nagłe zatrzymanie akcji serca. Dotyczy to przypadków starej rozedmy płuc, tylno-bocznego skrzywienia kręgosłupa, oraz kurczące się płuca gruźlików. W ostatnich czasach widzimy osłabienie serca jako skutek thorakoplastyki. Gruźlica się leczy, a serce staje się niewydolne.

Jak widać z powyższych odpowiedzi, zdania co do działania naparstnicy są różne. Ludzie, posiadający dużą wiedzę i wielkie doświadczenie różnią się zasadniczo w swych poglądach. Dowodzi to, że zagadnienie działania naparstnicy i zakresu jej stosowania nie jest ostatecznie rozwiązane.

Zaznajomienie się z wyżej podanymi poglądami każdemu z praktyków dopomoże do wyrobienia swego poglądu na zagadnienie, z którem się często przy łóżku chorego spotykamy.

Dr. Michał Okoński.

KRONIKA.

VII Wszechpolski Zjazd Lekarzy Kolejowych R. P. w Krakowie d. 13—15 VIII 1933 r.

P r o g r a m Z j a z d u.

13. VIII. g. 9. Nabożeństwo
„ 10. Otwarcie Zjazdu.

R e f e r a t y:

a) Dr. *Zawadzki* (Warszawa) Sanitarjat kolejowy w Polsce.
b) Doc. Dr. *Eug. Artwiński* (Kraków) O rozpoznawaniu nowotworów rdzenia.
c) Dr. *K. Karelus* (Kraków) O wpływie organów płciowych kobiecych na narząd wzrokowy.

D y s k u s j a.

14. VIII. Wycieczka do Węgierskiej Górki celem zwiedzenia kolonji dla dzieci pracowników Dyr. Krak. Po południu zwiedzanie Wieliczki, Ojcowa i Pieskowej Skały.

15. VIII. Wycieczka do Szczawnicy.

Zjazd otworzył Prezes Zarządu Gł., Dr. J. Zawadzki i powitał przybyłych na Zjazd przedstawicieli Władz i członków Zjazdu.

Na wniosek Koła Krakowskiego na Prezesa Zjazdu obrano Dr. J. Zawadzkiego, na asesorów: Dr. J. Mazurka, Dr. W. Gronowskiego, Dr. W. Umiastowskiego, Dr. I. Bermańskiego, na sekretarza: Dr. Welflego.

W imieniu Pana Ministra Komunikacji powitał Zjazd P. Dr. T. Borzęcki, Naczelnik Biura Sanitarnego Min. Komunik.

P. Prezes Inż. Bobkowski wita Zjazd w imieniu Dyrekcji Krakowskiej. W dłuższem przemówieniu podkreśla konieczność roztoczenia opieki lekarskiej nad rodzinami kolejarzy, zwrócenia większej uwagi na akcję profilaktyczną oraz zjednoczenia akcji społecznej w jednej instytucji samopomocowej. Mówca zaprasza uczestników Zjazdu do zwiedzenia kolonji dla dzieci pracowników Dyr. Krak. w Węgierskiej Górce.

Dalsze powitalne przemówienia wygłosili: Dr. Parfanowicz, w imieniu P. Wojewody Krakowskiego, Dr. Owsiński, w imieniu P. Prezydenta m. Krakowa, Inż. Stodolski, w imieniu Związku Inżynierów Kolejowych, ppłk. Dr. Henoch, w imieniu D-cy Korp. V, Dr. Zieliński, w imieniu Związku Lekarzy Państwa Polskiego, P. Dr. Witek, w imieniu Związku Prawników Kolejowych.

Depesze z życzeniami nadesłali: Zarząd Główny Związku Prawników Kolejowych oraz Prezes Krakowskiej Izby Skarbowej.

Po przerwie zostały wygłoszone referaty na wyżej podane tematy. Po każdym referacie została przeprowadzona dokładna i szczegółowa dyskusja, w której między innemi zabierali głos: Dr. Tomaszek, Dr. Kawecki, Dr. Budzyński, Dr. Sycianko, Dr. Mazurek.

Po zakończeniu obrad, przy nadzwyczaj serdecznym nastroju odbył się wspólny obiad, na którym wygłoszono cały szereg przemówień. Wieczorem uczestnicy Zjazdu byli na doskonałem przedstawieniu w teatrze miejskim.

Pierwszą połowę dnia następnego uczestnicy Zjazdu poświęcili na zwiedzenie kolonji wakacyjnej w Węgierskiej Górce dla dzieci pracowników Dyrekcji Krakowskiej. Towarzyszył wycieczce Prezes Dyrekcji, Inż. Bobkowski. Kolonja w Węgierskiej Górce jest pięknem dziełem, zakrojonem na szerszą skalę, która powstała i doskonale się rozwija dzięki inicjatywie i pieczy Prezesa Dyrekcji Krakowskiej, Inż. Bobkowskiego. Kolonja ta zajmuje duży teren na dwóch wzgórzach, przedzielonych doliną, którą biegnie tor kolejowy i przepływa spora rzeczka. Dookoła — rozległe lasy.

W Węgierskiej Górce istnieją 4 rodzaje kolonji: a) normalne kolonje dziecięce, umieszczone w budynku zamkniętym, b) w budynkach z otwartemi ścianami, c) w namiotach brezentowych, d) oraz obozy wędrowne, na których młodzież idzie w teren i rozwija namioty w miejscach postoju.

Po powrocie do Krakowa część uczestników udała się do Wieliczki celem zwiedzenia Salin, pozostali wyjechali do Ojcowa i Pieskowej Skały, gdzie na Zamku honory domu czynił Prezes Zarządu Gł., Dr. Józef Zawadzki.

Ostatni dzień Zjazdu został poświęcony na wycieczkę do Szczawnicy. Dzięki wspaniałej pogodzie pozostawiła ona niezatarte wrażenie. Tutaj również został zamknięty Zjazd.

Na zaproszenie Koła Radomskiego następny Zjazd odbędzie się w Radomiu.

Dzięki nadzwyczajnej gościnności Dyrekcji Krakowskiej i Koła Krakowskiego Z. L. K. przebieg Zjazdu był nadzwyczaj miły i pozostawił u wszystkich uczestników wspaniałe i niezatarte wspomnienia. Również organizacja Zjazdu była doskonała. Z powyższych racji, Zarząd Główny Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych uważa za swój miły obowiązek jeszcze raz, na tem miejscu, za prawdziwie polską gościnność i poniesione trudy, serdecznie podziękować Panu Prezesowi Dyrekcji Krakowskiej, Inż. Bobkowskiemu, Panu V.-Prezesowi, Inż. Stodolskiemu i Komitetowi Zjazdu, na czele którego stali pp. D-rzy: Mamczyn, Redo i Sikorski. Niemniej serdeczne podziękowanie składamy Komitetowi Pań z Panią D-wą Redo na czele.

Z Koła Stanisławowskiego.

Dnia 31. X. br. odbyło się posiedzenie naukowe Koła Stanisławowskiego, na którem Naczelnik Wydziału Sanitarnego, Dr. Wachter wygłosił referaty p. t.: „Jak przygotowuje się Europa do obrony przeciwgazowej" oraz „Najnowsze wiadomości z zakresu ratownictwa przeciwgazowego". Zebrani koledzy w liczbie 25 z dużem zainteresowaniem śledzili tok wywodów prelegenta.

V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

W dniach 9, 10 i 11 grudnia, b.r. odbył się w Warszawie V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Ze względu na przypadające w b. r. 25-lecie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego otwarcie Zjazdu poprzedził Raut, wydany w dniu 8. XII. w salonach Rady Miejskiej przez Pana Prezydenta m st. Warszawy, Inż. Zygmunta Słomińskiego. Obrady Zjazdu toczyły się w dniu 9 i 10 grudnia w murach Państwowej Szkoły Higjeny przy ul. Chocimskiej 24, dn. 11 grudnia przeniesione zostały do Otwocka, gdzie uczestników gościł miejscowy Zarząd Miejski oraz Zarząd Uzdrowiska dla chorych piersiowych m. st. Warszawy.

Program Zjazdu obejmował cztery tematy zasadnicze: 1) Nowe metody bakterjologicznego rozpoznawania gruźlicy. 2) Powikłania poodmowe. 3) Stan walki z gruźlicą na ziemiach polskich. 4) Stan walki z gruźlicą na terenie Warszawy. Prelegentami byli: Dr. Miłosz Grodecki, Prof. Dr. Tomasz Janiszewski, Prof. Dr. Leon Karwacki, Doc. Dr. Aleksander Ławrynowicz, Dr. Mikołaj Łącki, Dr. Paweł Martyszewski i Dr. Olgierd Sokołowski.

Pozatem program przewidywał zwiedzanie szpitali, sanatorjów i instytucyj specjalnych do walki z gruźlicą na terenie Warszawy i Otwocka.

W związku ze Zjazdem w okresie od dnia 2. XII. do dnia 12. XII. b. r. trwała w gmachu Państwowej Szkoły Hygjeny Wystawa Przeciwgruźlicza. Dział naukowo-sprawozdawczy zilustrował organizację i stan walki z gruźlicą w Polsce, dział przemysłu chemiczno-farmaceutycznego zapoznał uczestników ze zdobyczami tej gałęzi przemysłu polskiego.

Program V Zjazdu Lekarskiego w Krynicy
d. 6, 7 i 8 Stycznia 1934 r.

5. I. g. 20-ta. Zebranie zapoznawcze w restauracji Domu Zdrojowego.

6. I. „ 10-ta. Otwarcie Zjazdu przez Prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy Dr. *Ludwika Korybut-Daszkiewicza*. Wybór Prezydjum Zjazdu. Przemówienia oficjalne,

„ 11-ta. I. Posiedzenie Naukowe.

1) Prof. Dr. *Adam Czyżewicz:* Wstęp do nauki o leczeniu spraw zapalnych macicy i jej przydatków.
2) Prof. Dr. *Mściwój Semerau-Siemianowski:* Leczenie niemiarowości jako objawu i samoistnego cierpienia.
3) Prof. Dr. *Ludomir Korczyński:* Wskazania i zastrzeżenia klimatologji w sprawie uzdrowiskowego leczenia schorzeń narządu krążenia.

„ 16-ta. II. Posiedzenie naukowe.

4) Dr. *Kazimierz Bocheński*: Leczenie spraw zapalnych narządu rodnego.
5) Doc. Dr. *Stanisław Mączewski:* Czynniki konstytucjonalne a zapalenie narządu rodnego.

6) Doc. Dr. *Jan Bajoński*: Zapalenie przydatków macicy a zapalenie wyrostka robaczkowego.
7) Prof. Dr. *Aleksander Karnicki*: Kilka uwag w sprawie zachowawczego leczenia przewlekłych zapaleń przydatków macicy.
8) Doc. Dr. *Henryk Beck*: Leczenie spraw zapalnych kobiecych na podstawie materjału Kliniki Warszawskiej.
9) Prof. Dr. *Bronisław Kowalski*: Leczenie zdrojowiskowe spraw zapalnych przydatków macicznych.
10) Doc. Dr. *Tadeusz Żuralski*: Leczenie spraw zapalnych przydatków macicznych a Kasy Chorych.

g. 20—30. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy i Komisję Zdrojową w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

7. I. „ 8—10. Zwiedzanie zdrojowiska pod kierunkiem lekarza zakładowego Dr. Graba-Łęckiego. Kąpiel. Punkt zborny w holu Domu Zdrojowego.

„ 14-ta. III. Posiedzenie naukowe.

11) Dr. *Jakób Węgierko:* Leczenie zdrojowiskowe ze szczególnem uwzględnieniem leczenia w Krynicy zespołu naczyniowo-sercowo-nerkowego.
12) Dr. *Jerzy Muszkatenblit:* Objawy nadciśnienia a leczenie klimatyczno-balneologiczne.
13) Dr. *Witold Łuczyński:* Do jakich djagnostycznych i prognostycznych wniosków uprawniają wartości tętniczego ciśnienia krwi i które?
14) Dr. *Ludwik Rozenberg:* Wpływ czynników nerwowych na ciśnienie krwi.
15) Dr. *Gustaw Zaremba:* Wpływ kąpieli szczawnych na nadmierne (wysokie) parcie krwi tętniczej.

D y s k u s j a.

„ 13-30. Śniadanie wydane przez Zwierzchność gminną i Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy w sali balowej Domu Zdrojowego.

„ 16-ta. IV. Posiedzenie naukowe.

16) Dr. *Eugenjusz Oleksij:* (Z oddziału ginekol. Szpitala powszechn. we Lwowie). Wyniki zachowaw-

czego leczenia ambulatoryjnego spraw zapalnych przydatków macicy.

17) Dr. *Mikołajewska-Chojnacka:* Znaczenie rozpoznawcze badań cytologicznych krwi i opadanie krwinek w sprawach zapalnych przydatków macicznych.

18) Dr. *Kazimierz Jabłoński:* Opadanie krwinek w stanach zapalnych narządu rodnego.

19) Dr. *Leopold Gerhardt:* Leczenie spraw zapalnych elektroforezą (Doświadczenie na materjale oddziału ginekologicznego Szpitala powszechnego we Lwowie).

20) Dr. *Henryk Brand:* Leczenie zdrojowiskowe spraw zapalnych przydatków macicy.

21) Prof. Dr. *Władysław Jakowicki*: Wpływ bodźców cieplnych na niektóre czynności narządów rodnych kobiecych.

22) Prof. Dr. *January Zubrzycki:* O tak zwanej „endometriosis" przydatków macicy.

23) Prof. Dr. *Kazimierz Bocheński* i Dr. *Stanisław Liebhard*: Leczenie niepłodności w świetle najnowszych badań.

Dyskusja.

g. 22-ga. Raut i Zabawa taneczna w salach Domu Zdrojowego.

8. I. „ 10-ta. V. Posiedzenie naukowe.

24) Doc. Dr. *Mieczysław Wierzuchowski*: Cukrzyca z nadmiaru (postać cukrzycy doświadczalnej na tle podstawowych zagadnień przemiany materji).

25) Doc. Dr. *Franciszek Łabendziński*: Białkomocz w gruźlicy płuc.

26) Dr. *Stefan Czubalski*: O wartości klinicznej wody ze zdroju Jana w Krynicy w schorzeniach dróg moczowych (z oddziału urologicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie. Ordyn. Dr. Lilpop).

27) Doc. Dr. *Mieczysław Wierzuchowski*: Krążenie kwasu mlecznego w ustroju.

28) Dr. *Franciszek Kmietowicz* (junior): Magnez i lit a wydzielina nerek.

29) Dr. *Daniel Hirszbajn*: Wpływ wody ze źródła „Zubera" na przemianę podstawową, węglowodanową,

zasób zasad we krwi i skład morfologiczny krwi. (Praca z kliniki prof. Orłowskiego w Warszawie.)
D y s k u s j a.

g. 13-15. Zwiedzanie zakładu leczniczego „Lwigród".

„ 16-ta. VI. Posiedzenie naukowe.

30) Dr. *Marjan Dubicki*: O nadżerkach części pochwowej macicy i ich leczeniu.
31) Dr. *Bronisław Stępowski*: W sprawie warunków, ułatwiających zapłodnienie.
32) Dr. *Wojciech Starzewski*: Upławy jako objaw chorobowy.

D y s k u s j a.

Z a m k n i ę c i e Z j a z d u.

Podczas Zjazdu otwarta będzie w kuluarach Domu Zdrojowego W y s t a w a ś r o d k ó w l e c z n i c z y c h i w y d a w n i c t w l e k a r s k i c h.

W a r u n k i u c z e s t n i c t w a. Wkładka członkowska 25 zł., wkładka osoby towarzyszącej 15 zł. Wkładkę członkowską należy przesyłać pod adresem Skarbnika D-ra Kazimierza Wilczewskiego, Poznań, ul. Grottgera 3 m. 3, zaś od 27 grudnia: Krynica, Dom pod „Białym Orłem".

Gener. Sekretarz: *Dr. St. Lewicki.*

Prezes: *Dr. L. Korybut Daszkiewicz.*

Miesięcznik „Dla Zdrowia".

Ukazał się pierwszy numer miesięcznika „Dla Zdrowia" pod redakcją D-ra Raciążka. Pismo to przeznaczone jest dla szerszych sfer nielekarskich i za specjalny swój cel uważa „propagandę racjonalnego odżywiania, wychowania fizycznego oraz walkę z chorobami społecznemi i znachorstwem". Numer pierwszy poświęcony jest omówieniu zagadnień, związanych z gruźlicą.

Niewątpliwie miesięcznik „Dla Zdrowia" z pożytkiem wypełni lukę, jaka dotychczas istniała.

Wspomnienia pośmiertne.



Ś. p. Dr. med. Eugenja Prażmo.

Z grona lekarzy kolejowych Dyrekcji Warszawskiej nieubłagana śmierć wyrwała niespodziewanie młode życie, zmarła bowiem d. 25 listopada r. b. Dr. med. Eugenja Prażmo, która urodziła się w Tarnowie dnia 31 lipca 1903 r. Po ukończeniu gimnazjum w Krakowie 1921 r. odbywała studja lekarskie na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie w dniu 5 lipca 1928 r. otrzymała dyplom doktora medycyny. Od września 1928 r. pracowała w Centralnej Przychodni Kolejowej przy ul. Chmielnej 69 w Warszawie w charakterze lekarza kontraktowego, rentgenologa.

Ś. p. Dr. Eug. Prażmo pracowała również jako lekarz wolontarjusz w Zakładzie Położniczo-Ginekologicznym im. ks. A. Mazowieckiej w Warszawie od 15 grudnia 1929 r. i w szpitalu miejskim Przemienienia Pańskiego w Warszawie w charakterze asystenta wolon-

tarjusza na oddziale ginekologicznym od 3 lutego 1930 r. do ostatniej chwili.

Przedwczesny i niespodziewany zgon ś. p. Dr. Eugenji Prażmo wywołał wśród kolegów powszechny i serdeczny żal, dzięki bowiem Swoim zaletom cieszyła się powszechną sympatją.

Cześć Jej pamięci!

Ś. p. Dr. Jan Olewiński.

Ś. p. Dr. Jan Olewiński urodzony w Przysusze, ziemi Radomskiej, gimnazjum skończył w Radomiu, a Wydział Lekarski w Dorpacie w 1906 r.

Po odbyciu praktyki szpitalnej w szpitalach warszawskich specjalizował się w chirurgji u prof. Rydygiera we Lwowie, poczem osiadł jako lekarz szpitalny w Opocznie. W 1908 r. obejmuje stanowisko lekarza szpitalnego w Opatowie.

W 1914 r. mianowany zostaje naczelnym lekarzem szpitala św. Kazimierza w Radomiu. W 1918 r. wstępuje jako ochotnik lekarz do Wojska Polskiego i pracuje jako lekarz w szpitalu wojskowym. W 1919 r. zostaje konsultantem Dyrekcji Radomskiej jako specjalista kliniczny i na tem stanowisku pozostaje aż do 16. V. 1932 r.

W 1930 r. zostaje naczelnym lekarzem Powiatowej Kasy Chorych w Radomiu.

Uczynny, pracowity, pracował gorliwie i z pożytkiem do ostatnich chwil życia, które niespodzianie przerwała utajona choroba serca w dniu 16. V. 1932 r.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Dr. Wiktor Sobolewski.

Ś. p. Dr. Sobolewski Wiktor Edmund urodzony w 1860 r. we wsi Zalesie, ziemi Łukowskiej Dyplom Dr. medycyny otrzymał w Genewie w 1888 r. oraz dyplom Lekarski Akademji Medycznej w Petersburgu. Od 1918 r. pracował jako lekarz oddziałowy w Lublinie, a od dnia 1. II. 1919 r. jako lekarz Naczelny Dyrekcji Radomskiej. Od dnia 1. I. 1929 r. przeszedł na emeryturę i zamieszkał w Toruniu, gdzie zmarł dnia 9. VIII. 1932 r.

Cześć Jego pamięci!

Spis rzeczy


TEAPULVINA
„MADAUS"
Obstipatio habitualis atonica, zaparcie stolca w przebiegu chorób gorączko=wych i zakaźnych.
QUIA BENE PURGAT
NE SANAT
TEAPULVINA
DR. MADAUS & Co.
WARSZAWA
BELWEDERSKA 32-34